

Escola Superior de Educação João de Deus



Mestrado em Ciências da Educação na
Especialidade em Domínio Cognitivo-Motor

Atitudes dos professores do ensino público
face à Síndrome Alcoólica Fetal, em função
da idade e do tempo de serviço em
Educação Especial

Neuza Maria Jesus da Costa

Lisboa, Julho de 2012

Escola Superior de Educação João de Deus

Mestrado em Ciências da Educação na Especialidade em
Domínio Cognitivo-Motor

Atitudes dos professores do ensino público face à
Síndrome Alcoólica Fetal, em função da idade e do
tempo de serviço em Educação Especial

Neuza Maria Jesus da Costa

Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação João de
Deus com vista à obtenção do grau de Mestre em Ciências da
Educação na Especialidade de Educação Especial: Domínio
Cognitivo e Motor sob a orientação da
Professora Cristina Gonçalves

Lisboa, Julho de 2012

Resumo

A presente investigação tem como tema principal a Síndrome Alcoólica Fetal (SAF). O álcool ingerido pela mulher grávida espalha-se na corrente sanguínea e entra em contacto com o feto através da troca de nutrientes na placenta. Este ainda não tem os órgãos preparados para este tipo de acção nem mecanismos de defesa, portanto, a quantidade de álcool e a fase da gravidez podem contribuir para o aumento de risco de aparecimento da SAF. Esta caracteriza-se pela manifestação de irregularidades neonatais singulares de desenvolvimento, intelectuais e corporais associados ao consumo de álcool pela mãe durante a gravidez.

Vários autores estudaram este assunto em variadas vertentes, chegando a diversificadas conclusões. O principal objectivo deste trabalho é analisar o conhecimento que os professores têm sobre a problemática da SAF, desde características físicas, cognitivas e sociais, passando por estratégias de intervenção e condições de apoio nas escolas a esta situação; analisar as atitudes dos professores do ensino público relativamente à SAF e verificar de que forma as mesmas variam em função da idade e do tempo de serviço em Educação Especial.

Os resultados permitem verificar que o conhecimento dos professores com idade igual ou inferior a 30 anos é mais alargado quando comparado com o dos professores mais velhos. Da mesma forma as atitudes variam em função da idade e do tempo de serviço em EE. Os professores mais novos e os que têm experiência na EE revelam atitudes mais conscienciosas da problemática apresentada.

Concluímos que é imperativa a aposta na formação dos profissionais da educação, por forma a potenciar as suas estratégias e metodologias com vista a intervir objectivamente e com resultados positivos junto dos alunos com SAF.

Palavras-chave: álcool, Síndrome Alcoólica Fetal, atitude, professor, idade e tempo de serviço.

Abstract

The present investigation has as main subject the Fetal Alcohol Syndrome (FAS). The alcohol ingested by the pregnant woman spreads in the bloodstream and it enters in contact with the fetus by the exchange of the nutrients in the placenta. The fetus hasn't got the organs ready for this kind of action neither defense mechanisms, so the amount of alcohol and the stage of pregnancy can increase the risk of appearing FAS. This is characterized by the manifestation of singular neonatal irregularities of development, intellectual and body associated to the alcohol consumption by the mother during the pregnancy.

Several authors studied this subject in many aspects, coming to diversified conclusions. The main objective of this work is to analyse the knowledge that teachers have about the problematic of FAS, not only the physical, but also the cognitive and social characteristics using the intervention strategies and support conditions in schools. Another important aspect is to analyse the teachers' attitudes in the public education relatively to FAS and to verify how they change according to age and the time in the school in Special Education.

The results verify that the teachers' knowledge with 30 years old or less is more extended compared with the knowledge of older teachers. The same way the attitudes vary in function of the age and the time in school in Special Education. Younger teachers and the teachers that have more experience in Special Education show more conscientious attitudes of this problematic.

We can conclude that it is imperative to have excellent educational professionals developing their strategies and methodologies in order to achieve the best results among FAS students.

Key words: alcohol, Fetal Alcohol Syndrome, attitude, teacher, age, experience.

Dedicatória

À pessoa que me segura pela mão...

Às pessoas que simplesmente me vêem crescer...

Às pessoas que me permitem crescer...

Às pessoas que crescem comigo...

Às pessoas que me fazem voar mais longe, num tempo sem asas...

A todas as crianças que me indicam o caminho...

Àqueles que edificam a minha vida...

Às estrelas da terra...

que outrora partiram...

e agora me iluminam...

e mostram o caminho...

Agradecimentos

Aos meus Pais, ANTÓNIO e MARIA, pelo apoio incondicional...

Ao amor da minha vida, MANUEL, pelo amor e carinho, pela força e compreensão, pela paciência e companhia, pela brincadeira e distração...

Ao meu irmão, CARLOS, pela moderação e incentivo...

À Marisa, pela ajuda, afecto e preocupação...

À Ana Cristina e à Olga, pela amizade, disponibilidade e colaboração...

Ao Doutor Professor Horácio Saraiva, pelo conhecimento que partilha...

À Doutora Professora Cristina Gonçalves, pela orientação...

Ao Doutor Professor Jorge Castro, pela inspiração e por mostrar que o ideal é possível...

E a todos que de alguma forma colaboraram no desenvolvimento deste trabalho...

Obrigada!

Índice

Introdução	1
Capítulo 1 – Quadro teórico e revisão da literatura.....	4
1. As atitudes	5
1.1. Formação e desenvolvimento das atitudes.....	5
1.2. Funções das atitudes	5
1.3. Componentes das atitudes.....	6
1.4. Mudança de atitudes.....	6
1.5. Medida das atitudes	7
2. O álcool	8
2.1. O álcool no organismo.....	8
2.2. Eliminação do álcool.....	9
2.3. Alcoolemia e taxa de alcoolémia	10
2.4. Efeitos do álcool	11
2.5. O álcool no contexto social.....	12
2.5.1. Dependência do álcool como pecado.....	13
2.5.2. A dependência do álcool como doença.....	14
2.5.3. A dependência do álcool como comportamento inadequado	15
2.6. Portugal no contexto europeu do consumo de álcool	15
2.7. Quadro legal português no domínio do álcool.....	16
2.8. Critérios de diagnóstico da dependência do álcool.....	17
2.8.1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)	17
2.8.2. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão (CID-10)	18
2.9. O álcool e o consumo precoce	19
2.10. O álcool e os factores de risco	20
2.10.1. Factores de risco individuais	20
2.10.2. Factores de risco sócio ambientais	22
2.11. Abordagens explicativas das causas da iniciação aditiva do álcool	23
2.11.1. Abordagem cognitivo-comportamental	23
2.11.2. Abordagem biopsicossocial	23
2.11.3. Abordagem psicobiológica.....	24

2.11.4. Teoria da inversão psicológica	24
2.11.5. Modelo de gestão hedonista	24
2.11.6. Modelo do sistema de acções.....	25
2.12. Prevenção para os efeitos da adição do álcool	25
2.12.1. Modelos de prevenção do comportamento aditivo	26
2.12.1.1. Modelo proscritivo	27
2.12.1.2. Modelo sociocultural	27
2.12.1.3. Modelo do comportamento interpessoal (MCI).....	27
2.12.1.4. Modelo sócio afectivo.....	28
2.12.1.5. Modelo de inoculação	28
2.12.1.6. Modelo humanista: educação e valores.....	28
2.12.1.7. Modelo biopsicossocial.....	28
2.12.1.8. Modelo das alternativas ao consumo de álcool	29
2.12.1.9. Modelo da comunicação-persuasão (MCP).....	29
2.13. O papel do professor no contexto do álcool.....	30
3. Alcoolismo feminino	31
3.1. Diagnóstico precoce do consumo de álcool na gravidez.....	31
3.1.1. Tolerance, Annoyed, Cut down Eyeopener (T-ACE)	33
3.1.2. TWEAK.....	34
3.2. Efeitos do álcool na gravidez	34
3.3. Efeitos do álcool na amamentação	35
4. A Síndrome Alcoólica Fetal (SAF).....	36
4.1. Características da SAF.....	37
4.2. Áreas afectadas no cérebro com SAF	39
4.3. Exames médicos	40
4.4. Diagnóstico da SAF	40
4.4.1. Critérios de diagnóstico da teratogenia do álcool.....	42
4.4.2. Critérios de diagnóstico das Desordens do Espectro Alcoólico Fetal (DEAF)	43
4.4.3. O Código de Quatro Dígitos (4-DIGIT Diagnostic Code).....	46
4.4.4. Diagnóstico diferencial	46
4.5. Tratamento e intervenção	47
5. Intervenção educativa	48
5.1. Avaliação da SAF	48

5.1.1. Perfil de funcionalidade do aluno com SAF, com referência à CIF	49
5.2. O contexto escolar	51
5.2.1. O bom professor	52
5.2.2. O professor e as suas atitudes face à SAF	55
5.2.3. Gestão inclusiva das adaptações curriculares	58
5.2.4. Projecto TRIUMF	60
Capítulo 2 – Metodologia de investigação	63
1. Objectivos	64
2. Justificação dos objectivos	64
3. Hipóteses e variáveis	64
4. Instrumentos	65
5. Procedimento	65
6. Tratamento da informação	65
7. Amostra	65
Capítulo 3 – Apresentação dos resultados	63
1. Caracterização da amostra	67
2. Caracterização da atitudes no trabalho com a SAF	71
3. Caracterização das atitudes face às características da SAF	74
4. Caracterização das atitudes dos professores em função da idade	78
5. Caracterização das atitudes dos professores em função do tempo de serviço em EE	84
Capítulo 4 – Discussão dos resultados	91
Capítulo 5 – Conclusão	97
Capítulo 6 – Referências bibliográficas	100

Índice de Tabelas

<i>Tabela 1 – Áreas afectadas do cérebro e respectivas funções</i>	<i>39</i>
--	-----------

Índice de Ilustrações

<i>Ilustração 1 – Características físicas da criança com SAF</i>	<i>37</i>
<i>Ilustração 2 – Cérebro normal e cérebro de um sujeito com SAF</i>	<i>39</i>

Índice de Gráficos.....

Gráfico 1 – Distribuição da amostra em função do género.	67
Gráfico 2 – Distribuição da amostra em função da idade.	67
Gráfico 3 – Distribuição da amostra em função do nível de ensino	68
Gráfico 4 - Distribuição da amostra pelas disciplinas que lecciona.	68
Gráfico 5 - Distribuição da amostra face às habilitações académicas.	69
Gráfico 6 - Distribuição da amostra face ao tempo de serviço total.	69
Gráfico 7 - Distribuição da amostra pelo tempo de serviço em Educação Especial	70
Gráfico 8 - Distribuição da amostra face ao meio onde leccionou.	70
Gráfico 9 - No presente ano lectivo está a trabalhar com alunos com SAF?	71
Gráfico 10 - Já trabalhou anteriormente com alunos com SAF?	71
Gráfico 11 - Número de alunos com SAF com os quais já trabalhou.	72
Gráfico 12 - Tempo de serviço com alunos com SAF.	72
Gráfico 13 - Distribuição da amostra por formas de participação adoptadas com alunos com SAF.	73
Gráfico 14 - Distribuição da amostra face à razão de não trabalhar com alunos com SAF.	73
Gráfico 15 - Distribuição da amostra de acordo com o grau de concordância sobre ter conhecimentos suficientes para lidar com as necessidades educativas dos alunos com SAF.	74
Gráfico 16 - Distribuição da amostra de acordo com o grau de concordância sobre ser capaz de remediar défices de aprendizagem dos alunos com SAF.	75
Gráfico 17 - Distribuição da amostra de acordo com o grau de concordância sobre ser capaz de controlar o comportamento de alunos com SAF.	75
Gráfico 18 - Distribuição da amostra face ao grau de concordância sobre a afirmação “Gosto de ter alunos com SAF na minha aula”.	76
Gráfico 19 - Distribuição da amostra de acordo com o grau de concordância sobre a acessibilidade dos materiais didácticos específicos.	76
Gráfico 20 - Distribuição da amostra de acordo com o grau de concordância sobre ter os serviços adequados disponíveis para a apoiar.	77

Gráfico 21 - Distribuição da amostra segundo o grau de concordância sobre se o orçamento escolar é suficiente para adquirir materiais de apoio. _____	77
Gráfico 22 - Distribuição da amostra segundo o grau de concordância sobre frequentar formação complementar acerca da educação de alunos com SAF, no futuro. _____	78
Gráfico 23 – Grau de concordância relativo à afirmação “A SAF deve-se ao consumo de álcool por parte da mãe durante a gravidez e amamentação”, em função da idade. _____	79
Gráfico 24 – Grau de concordância relativo à afirmação “O aluno tem dificuldade em completar tarefas”, em função da idade. _____	79
Gráfico 25 – Grau de concordância relativo à afirmação “Um aluno com SAF pode apresentar dificuldade na fala e na comunicação”, em função da idade. _____	80
Gráfico 26 - Grau de concordância com a afirmação "O desempenho escolar do aluno com SAF é pobre", em função da idade. _____	80
Gráfico 27 - Grau de concordância com a afirmação "A SAF pode caracterizar-se ficamente por malformações no corpo, órgãos internos e parte dos sentidos e representa risco de morte", em função da idade. _____	81
Gráfico 28 - Grau de concordância relativo à afirmação "os alunos com SAF beneficiarão da interação proporcionada pela inclusão numa sala regular", em função da idade. _____	81
Gráfico 29 - Grau de concordância relativo à afirmação "as alunos sem SAF beneficiarão com a integração dos alunos com SAF nas suas turmas", em função da idade. _____	82
Gráfico 30 - Grau de concordância relativo à afirmação "os alunos com SAF devem beneficiar de uma diferenciação pedagógica, ainda que incluídos no grupo turma", em função da idade. _____	83
Gráfico 31 - Grau de concordância relativo à afirmação "os alunos com SAF são socialmente aceites pelos seus pares sem SAF", em função da idade. _____	83
Gráfico 32 - Grau de concordância relativo à afirmação "os alunos com SAF são humilhados na sala de aula por parte dos colegas sem SAF", em função da idade. _____	84
Gráfico 33 - Grau de concordância relativo à afirmação “A SAF deve-se ao consumo de álcool por parte da mãe durante a gravidez e amamentação”, em função do tempo de serviço em EE. _____	85
Gráfico 34 – Grau de concordância relativo à afirmação “um aluno com SAF tem dificuldades em completar tarefas”, em função do tempo de serviço em EE. _____	85
Gráfico 35 – Grau de concordância relativo à afirmação “Um aluno com SAF pode apresentar dificuldade na fala e na comunicação”, em função do tempo de serviço em EE. _____	86
Gráfico 36 - Grau de concordância com a afirmação "O desempenho escolar do aluno com SAF é pobre", em função do tempo de serviço em EE. _____	86

Gráfico 37 - Grau de concordância com a afirmação "A SAF pode caracterizar-se ficamente por malformações no corpo, órgãos internos e parte dos sentidos e representa risco de morte", em função do tempo de serviço em EE. _____ 87

Gráfico 38 - Grau de concordância relativo à afirmação "os alunos com SAF beneficiarão da interação proporcionada pela inclusão numa sala regular", em função do tempo de serviço em EE. _____ 87

Gráfico 39 - Grau de concordância relativo à afirmação "os alunos sem SAF beneficiarão com a integração dos alunos com SAF nas suas turmas", em função do tempo de serviço em EE. _____ 88

Gráfico 40 - Grau de concordância relativo à afirmação "os alunos com SAF devem beneficiar de uma diferenciação pedagógica, ainda que incluídos no grupo turma", em função do tempo de serviço em EE. _____ 89

Gráfico 41 - Grau de concordância relativo à afirmação "os alunos com SAF são socialmente aceites pelos seus pares sem SAF", em função do tempo de serviço em EE. _____ 89

Gráfico 42 - Grau de concordância relativo à afirmação "os alunos com SAF são humilhados na sala de aula por parte dos colegas sem SAF", em função do tempo de serviço em EE. _____ 90

Introdução

Desde sempre, o álcool é consumido por homens e mulheres em todo o tipo de ocasião, sendo considerado até como estimulante, mas o seu consumo pode causar dependência em sujeitos com predisposição a situações depressivas ou por factores motivacionais individuais para consumir.

O álcool faz parte da história da humanidade, sendo a droga mais consumida (Rodrigues V. , 2003).

Estando o consumo do álcool generalizado nas sociedades ocidentais, o mesmo potencia tanto nos jovens como nos adultos a adopção de comportamentos de risco, mas no primeiro grupo há frequentemente a procura de novas experiências e maior sensação de invulnerabilidade, patentes num egocentrismo próprio da juventude.

O desenvolvimento da dependência do álcool, entre outras drogas, é potenciado pelo início precoce de consumo. Para os indivíduos que não encontram apoio e orientação no seio familiar ou nos grupos e na escola, muitas vezes vêm a rua não como espaço de companheirismo e socialização mas como espaço alternativo de liberdades.

De acordo com Aragão & Sacadura (2002), em Espanha, mais de metade (55,7%) dos adultos com mais de 18 anos consomem álcool preferencialmente e um número elevado de adolescentes do ensino secundário (34,6%) consomem álcool com regularidade. A prevalência de consumo no Brasil é de 82% e nos EUA, relativa aos alunos universitários, é de 87%.

Os factores de risco individuais (genéticos, biológico evolutivos e psicológicos) são de origem cognitiva e moldados pelos estados emocionais como a afectividade, a frustração, a ansiedade, a raiva, a tensão, a depressão, resultantes da interpretação e adaptação individual às pressões sócio ambientais (Rodrigues, 2006).

A crescente complexidade e diversidade social exige da parte dos professores uma preparação profissional mais abrangente e de maior autonomia para fazer face aos problemas emergentes como a adição.

É de conhecimento global, desde os tempos primitivos, que o álcool consumido por mulheres durante a gravidez produz efeitos prejudiciais no feto, efeitos nocivos (embriotoxicidade), intervindo de tal forma no desenvolvimento fetal de modo a produzir deformações (teratogenicidade), transformando-se num sério problema de saúde pública.

Antes de uma gravidez, a história genética da mãe e o seu comportamento relativamente ao álcool são factores relevantes a considerar, pois mulheres com

antecedentes familiares de alcoolismo e uma história individual de excessos, normalmente, apresentam maior risco para o feto.

O alcoolismo na gravidez pode dever-se também a condições socioeconómicas difíceis, ao baixo nível escolar, desnutrição, doenças infecciosas e uso de outras drogas.

Para que a mulher grávida não ingira álcool é necessário que alguns factores de apoio se mobilizem no decorrer da gravidez, como o apoio familiar, o ambiente harmonioso onde esteja inserida, colaboração por parte de quem contacta com a mulher diariamente, companhia, são estes requisitos fundamentais para evitar o risco de consumo de álcool nesta fase tão crucial.

Segundo Fiorentin & Vargas (2006), na formação profissional dos enfermeiros, os quais mantêm contacto directo e permanente com as grávidas, tem sido dada pouca relevância ao problema do alcoolismo feminino em idade reprodutora. Consequentemente, estes profissionais nem sempre estão preparados para actuar face ao exposto.

O álcool ingerido pela mulher grávida espalha-se na corrente sanguínea e entra em contacto com o feto através da troca de nutrientes na placenta. Enquanto o organismo da mulher elimina o álcool duas vezes mais rápido que o feto, este ainda não tem mecanismos de defesa nem os órgãos preparados para este tipo de acção, portanto, a quantidade de álcool e a fase da gravidez podem contribuir para o aumento de risco de aparecimento da Síndrome Alcoólica Fetal (SAF).

A SAF é caracterizada por atraso no desenvolvimento pré ou pós nascimento, pelo perigo que representa ao nível do sistema nervoso central, complicações no desenvolvimento cognitivo e social, problemas ao nível da comunicação e da fala, no cumprimento de tarefas, na capacidade de atenção e concentração, entre outras que veremos mais à frente neste trabalho.

Esta problemática é actual e emergente e as investigações já feitas sobre o tema são insuficientes para que haja respostas adequadas, atempadas e eficazes no diagnóstico, avaliação e intervenção junto dos indivíduos com SAF e das próprias grávidas, relativamente à permanência de factores de risco potenciadores da existência destes casos.

Apesar dos vários estudos sobre as envolventes da SAF, ainda não é possível encontrar unanimidade sobre todas as características possíveis, sobre as melhores formas de diagnóstico, avaliação e intervenção.

Devido à dificuldade no diagnóstico e às falhas do mesmo ao nível de todas as áreas envolventes da criança (família, saúde, escola), muitas vezes estes indivíduos vivem muito tempo sem que sejam correctamente diagnosticados.

Perante a SAF é necessário que os profissionais de educação estejam conscientes da sua realidade, identificando as características, reconhecendo as dificuldades, desenvolvendo sistemas de trabalho e intervenção diversificados e diferenciados, para facultar um processo de ensino e aprendizagem funcional e integrador.

O professor é o elemento crucial para fazer face às necessidades e limitações destes alunos, desde que adoptem as atitudes mais correctas que visem a diferenciação pedagógica sem esquecer a inclusão. Para que tal aconteça é imperativa a aposta na formação inicial sobre o trabalho a desenvolver perante as necessidades educativas especiais.

Neste sentido, achamos pertinente estudar as atitudes dos professores em relação a esta síndrome e analisar de que forma estão conscientes e preparados para lidar com esta realidade. Pretendemos perceber se estas atitudes variam em função da idade e da experiência na Educação Especial. Estes factores dependem em grande parte do tipo de formação adquirida.

Este estudo revela-se pertinente porque apresenta ideias cruciais como a necessidade de formar mais e melhor todos os profissionais de educação, para que sejam capazes de responder às necessidades dos alunos com SAF.

Capítulo 1

Quadro Teórico e Revisão da Literatura

1. As atitudes

1.1. Formação e desenvolvimento das atitudes

As atitudes expressam a posição individual ou grupal, construída a partir da sua história, referindo-se a experiências subjectivas. Seja qual for o grupo ou subgrupo em que o indivíduo se insere, ele tem a necessidade intrínseca de interiorizar normas culturais aí vigentes. É em função dessas normas que o indivíduo vai formando as suas ideias, sentimentos, gostos, preferências e modos de actuação num determinado momento. Em suma, é no processo de socialização, na interacção social, na comparação, identificação e diferenciação sociais que cada um vai construindo o seu sistema de atitudes.

Assim, podemos assumir atitudes face a ideias, a situações, a instituições, a objectos materiais e a pessoas. Esta dimensão avaliativa está sempre presente, pois as atitudes expressam um posicionamento face a um determinado objecto social traduzido através de um afecto positivo ou negativo.

As atitudes não são, portanto, directamente observáveis. Inferem-se a partir dos comportamentos, ou seja, daquilo que o indivíduo faz ou diz. A correspondência entre uma atitude e um comportamento manifesto não se revela simples ou perfeita, uma vez que o comportamento é produto das atitudes e da situação imediata simultaneamente e as atitudes podem ser múltiplas mesmo que relativas à mesma situação.

Geralmente, na infância as atitudes são moldadas de acordo com as ideias e valores dos progenitores ou familiares, como por exemplo, relativamente à política e religião. À medida que o desenvolvimento intelectual avança, estas influências familiares vão diminuindo e o adolescente tende a assumir as atitudes em consonância com os seus próprios ideais.

1.2. Funções das atitudes

Podemos analisar as atitudes em termos das suas funções, dividindo-as: as funções motivacionais englobam a necessidade de expressão de valores (sentido de identidade), de defesa (protecção do eu) e de adaptação (relacionadas com a gratificação); as funções cognitivas envolvem os padrões ou pontos de referência que facilitam a atribuição de sentido ao mundo conceptual interior; as funções sociais aludem

à influência que o posicionamento de terceiros assume na formação das atitudes e a sua respectiva função nos grupos sociais.

1.3. Componentes das atitudes

Em qualquer atitude é possível distinguir três componentes: intelectual ou cognitiva, que corresponde ao que sabemos ou acreditamos saber acerca de algo (ideias e crenças); emocional ou afectiva, que inclui o que sentimos acerca de algo (sentimentos, sistemas de valores); comportamental, que diz respeito ao que estamos dispostos a fazer em relação a algo (conjunto de respostas do indivíduo face ao objecto social).

O elemento intelectual tem a ver com aquilo que pensamos, sabemos ou acreditamos saber. Se o homem dispusesse apenas de estruturas racionais, este elemento bastaria para determinar as suas atitudes. Assim, o comportamento humano seria a expressão exacta e directa do seu modo de pensar. Mas, por exemplo, todos sabemos que praticar alguma actividade física é saudável, mas nem todos a praticam.

O elemento emocional é de carácter afectivo ou valorativo, é constituído pelos sentimentos que nutrimos relativamente aos objectos, pessoas, situações e ideias.

O elemento comportamental é o resultado dos elementos cognitivos e afectivos e trata-se daquilo que tencionamos fazer ou dizer, ou seja, da predisposição para reagir e actuar em face das pessoas ou das mais diversas coisas.

No entanto, nem sempre os nossos comportamentos são consonantes com as atitudes. Psicólogos sociais falam de dissonância cognitiva a propósito da existência simultânea de cognições que não se ajustam entre si.

As atitudes expressas nem sempre resultam da conjugação harmoniosa dos factores intelectuais e afectivos. Há casos em que o factor emocional é dominante. Há casos em que os actos influenciam as atitudes e não o contrário. Para reduzir a tensão psicológica, as pessoas tendem a racionalizar ou distorcer a realidade, adoptando uma nova atitude em consonância com o comportamento.

1.4. Mudança de atitudes

A mudança de atitudes depende sobretudo de novas informações relativas ao objecto social. O indivíduo possui variadas formas de reagir a estas informações em

função das atitudes em causa. Se estiver em causa uma situação, uma pessoa ou um objecto que façam parte de uma experiência distante do indivíduo, sobre os quais haja menor informação, mais fácil se desencadeará a mudança de atitude relativamente ao mesmo. Por outro lado, uma experiência traumática pode conduzir à formação ou à mudança de atitude.

A publicidade assume-se como um meio de extrema importância para influenciar as atitudes e comportamentos, uma vez que através dela o indivíduo recebe mensagens persuasivas com vista à formação de atitudes e manifestação de comportamentos conforme a mensagem que é pretendida transmitir. Para que esta situação se verifique é imperativo que a mensagem se apresente de forma credível, com prestígio e poder, com aspectos em comum com o receptor e de carácter atraente. Por exemplo, nos anúncios está bem presente a associação de determinado produto a uma personalidade conhecida do público; nas campanhas políticas existe o hábito de prometer aplicar medidas que poderão agradar o público; outra forma de persuadir consiste no recurso ao factor medo, em que o indivíduo se sente motivado se a ameaça apresentada nas campanhas for real, alertando-o para certas medidas preventivas.

1.5. Medida das atitudes

As atitudes podem ser alvo de medição através das escalas de atitudes. Estas medem a qualidade, o grau de intensidade e a sua direcção. É importante definir indicadores adequados para medir determinada atitude. A escala mais comum é a escala de Lickert, a qual se fundamenta na ideia de que a atitude depende das crenças sobre o objecto e dos valores relacionados com o mesmo. É constituída por um conjunto de afirmações relativas ao objecto da atitude; a cada resposta é atribuído um número que indica a direcção da atitude do sujeito relativamente a cada afirmação, sendo ela positiva ou negativa, e a pontuação total da atitude de cada sujeito é obtida através do somatório das pontuações verificadas em cada afirmação; é uma escala confiável, simples de construir e permite obter informações sobre o nível de sentimentos dos sujeitos, os quais se deparam com liberdade para responder de acordo com o grau de concordância.

O procedimento desta escala é o seguinte: para determinado item são reunidas diversas informações apresentadas ao sujeito e este indica se está completamente de acordo, moderadamente de acordo, não concorda nem discorda, moderadamente em desacordo ou completamente em desacordo. Para cada sujeito é feita uma análise final

reunindo as respostas numa escala de 5 a 1. Para conhecer a maior pontuação possível basta multiplicar o maior número utilizado pelo número de respostas; e a menor pontuação possível basta multiplicar o menor número utilizado pelo número de respostas desfavoráveis. A pontuação individual pode ser comparada à pontuação máxima, mostrando a atitude relativa ao problema apresentado.

2) O álcool

2.1. O álcool no organismo

O álcool é uma substância líquida, incolor, obtida a partir da fermentação de cereais, raízes e frutos (como, por exemplo, cerveja e vinho) ou por destilação, ou adição de álcool resultante desse processo (como, por exemplo, aguardente, licor, rum, vodka). Cientificamente, o álcool tem o nome químico de etanol e apresenta a forma química de $\text{CH}_3\text{CH}_2\text{OH}$. É uma droga comercializada e consumida legalmente. Droga, segundo Ganeri (2002:9), é

“uma substância medicinal, orgânica ou inorgânica, que usada sozinha ou como ingrediente actua no corpo podendo alterar o estado de espírito, a forma de compreender, ver e ouvir as coisas, modificar a maneira de sentir e o comportamento”.

Segundo Peters & McMahon (1996), a dependência corresponde à adaptação do organismo a um novo equilíbrio homeostático atingido quando o consumo se prolonga por um período de tempo necessário para tal.

De facto, inicialmente a bebida alcoólica pode conduzir à desinibição, euforia, segurança ilusória e, possivelmente, comportamentos sexuais mais agressivos ou desinibidos. O problema está o facto de que, progressivamente, o álcool poderá provocar sonolência, relaxamento, visão turva, diminuição da capacidade de reacção, descoordenação ao nível muscular, diminuição da capacidade de raciocínio e de interacção social, alterações de humor, irritabilidade, entre outros.

Quando um indivíduo ingere uma bebida alcoólica, este líquido tem uma acção rápida e temporária e a absorção processa-se facilmente através das mucosas do tubo digestivo e do trato respiratório. O processo de absorção inicia-se na mucosa oral e completa-se pela mucosa do estômago e dos intestinos.

Em jejum, o álcool é absorvido essencialmente pelo jejuno e duodeno, mas quando consumido juntamente com a comida é absorvido em grande parte pelo estômago (mais de 70% do álcool). Após uma hora da ingestão, encontrar-se-á na corrente sanguínea, aumentando a taxa de alcoolemia nos 60 a 90 minutos próximos, seguindo-se um decréscimo num período de 9 a 24 horas (Petrantoni & Kruppel, 1991).

Como o etanol é solúvel em água, distribui-se pelos tecidos e secreções de acordo com esse teor hídrico. Uma grande parte do etanol (90%) oxida-se enzimaticamente pelo citocromo P4502E1, no fígado, o grande purificador que procede à sua decomposição a uma média de 0,1g/litro por hora. Além da oxidação, o etanol (2 a 10%) pode associar-se a outras moléculas através de variadas enzimas, entre as quais o ácido *graxo etil éster sintetase*, produzindo ácido *graxo etil ester* e a *glucoronil transferase*, originando o *etil glucoronídeo*.

Inicialmente, o álcool etílico sofre a acção da enzima ADH (álcool desidrogenase), com interferência do NAD (nicotinamido adenin nucleotídeo), dando origem ao acetaldeído. Neste vai agir a ALDH2 (acetaldeído desidrogenase), com a colaboração do NAD e do NADH2 (nicotinamido adenin nucleotídeo reduzido), transformando-se em ácido acético que, entrando na corrente sanguínea dará origem ao O₂ e CO₂ nos tecidos periféricos.

2.2. *Eliminação do álcool*

Os órgãos essencialmente responsáveis pela eliminação do álcool etílico são os rins e os pulmões e o ar expirado caracteriza-se por um odor particular conferido pelo acetaldeído. Pode ainda encontrar-se no suor, no suco intestinal e no leite. Uma vez que a absorção digestiva é completa, não há vestígios de álcool nas fezes.

Apenas uma ínfima parte (à volta dos 5%) do álcool ingerido é eliminado directamente através da urina, do suor, da saliva e da respiração. A outra grande parte passa repentinamente para a corrente sanguínea através do estômago e do intestino delgado sem que ocorra qualquer transformação química (Barrias, Mello, & Breda, 2001).

A eliminação do álcool do organismo decorre através de um processo lento. Senão vejamos que, em condições normais, um indivíduo que ao meio dia tenha uma taxa de alcoolemia no sangue (TAS) de 2,0g/litro só conseguirá que o álcool seja eliminado totalmente do sangue às oito horas do dia seguinte (Goodwin, 2000).

Da mesma forma que é impossível acelerar o processo de eliminação do álcool do sangue, os seus efeitos não são passíveis de ser eliminados. No entanto, há factores que podem retardar o processo, entre os quais definimos os problemas de funcionamento do fígado e a conjugação com a ingestão de outras substâncias potenciadoras do efeito nocivo do álcool (café, chá, medicamentos, entre outros).

2.3. *Alcoolemia e taxa de alcoolemia*

Alcoolemia é a presença de álcool no sangue e a forma habitual de medir a intensidade da concentração alcoólica num organismo numa determinada altura é em gramas de álcool puro por litro de sangue. Esta medida designa-se por Taxa de Alcoolemia no Sangue (TAS), a qual sofre interferência de vários factores.

Há um conjunto de factores pessoais que interferem na TAS. Normalmente, uma pessoa com Índice de Massa Corporal (IMC) maior apresenta menor TAS se comparada com outra pessoa cujo IMC seja inferior, quando é ingerida a mesma quantidade de álcool na mesma situação e de igual forma.

Por outro lado, a idade e o sexo são mais duas variáveis que condicionam expressivamente a TAS, uma vez que se caracterizam por diferenças hormonais e enzimáticas no processo de metabolização do álcool. Assim, em geral, a capacidade metabólica que envolve o álcool será significativamente superior nos adultos quando comparada com crianças e adolescentes. De igual forma, os homens detêm maior capacidade metabólica que as mulheres devido à sua maior dotação para a defesa enzimática e ainda pela maior quantidade de água que o organismo masculino contém.

O estado de fadiga, determinados estados emocionais, alguns medicamentos, as mudanças repentinas de temperatura, ser filho de pais alcoólicos ou sofrer de certas doenças aumenta a sensibilidade ao álcool.

Em suma, a mesma pessoa que ingira a mesma quantidade de álcool em situações e condições psicofisiológicas diferentes pode apresentar TAS diferentes. De igual forma, a mesma bebida com a mesma quantidade de álcool ingerida por pessoas diferentes pode originar TAS diferentes.

A TAS é igualmente condicionada pelas diferentes formas de absorção que o organismo faz do álcool, se ingerido em jejum ou às refeições, num curto espaço de tempo ou em grandes intervalos temporais. Quando a ingestão é feita em jejum, a sua absorção é acelerada e aumenta o valor da taxa em cerca de 1/3. Por outro lado, o

estômago cheio apenas atrasa o processo de absorção não alterando em nada os seus efeitos. A ingestão de forma rápida aumenta a taxa em comparação com a ingestão da mesma quantidade da mesma bebida dividida em grandes intervalos de tempo.

Visto que o processo de metabolização do álcool é substancialmente distinto se noturno ou diurno, também o momento do dia em que a bebida é ingerida pode alterar a TAS.

A bebida possui características próprias capazes de provocar diferenças na TAS: quantidade, maior ou menor teor alcoólico, aquecida ou gaseificada. Com as duas últimas características a absorção acelera-se.

2.4. Efeitos do álcool

O álcool em excesso pode causar acidez no estômago, vômitos, diarreia, sede, dor de cabeça, desidratação, perda de equilíbrio e vertigens e baixa de temperatura corporal.

Uma vez que bloqueia o funcionamento do sistema nervoso central, o álcool é um desinibidor e depressor. Aparentemente estimula o organismo, mas na realidade essa estimulação é fruto da depressão de mecanismos de controlo de inibição do cérebro.

“Em primeiro lugar são afectados os centros superiores (o que se repercute na fala, pensamento, cognição e juízo) e posteriormente deprimem os centros inferiores (affectando a respiração, os reflexos e, em casos de intoxicação aguda, provocando coma)” (S/autor, 2008).

Quando o sujeito se sente desinibido, com sensação de segurança em si próprio, pode adoptar comportamentos perigosos para a sociedade, como por exemplo, acidentes de viação, violência, desorganização familiar, alteração de conduta, entre outros; e para si próprio no que respeita a doenças.

Através do álcool operam-se interferências na fluidez das membranas cerebrais, tais como o aumento da serotonina e aumenta o efeito sobre a acção de alguns receptores dependentes.

Geralmente, quando a dosagem sérica atinge 0,05% provoca perda de ligação entre a capacidade de julgar e a de controlar os impulsos. Entre 0,1 e 0,2% já provoca depressão nas funções motoras e condiciona a expressão das emoções.

O aparelho gastrointestinal pode ser amplamente afectado em termos de gastrite, pancreatite, dificuldade de absorção intestinal de algumas substâncias importantes ao organismo, cancro da boca, esófago, estômago, intestino e cólon.

As enzimas hepáticas podem subir em função da ingestão alcoólica, pois cerca de 90% deste é metabolizado através do fígado.

Em suma, relativamente a um consumo crónico, a nível físico, os órgãos vitais serão prejudicados a longo prazo: degradação e atrofia do cérebro, cancro, debilidade do sistema imunitário e do pâncreas, anemia, úlceras, cirrose hepática, entre outros. Ao nível psicológico e neurológico poderá verificar-se a insónia, irritabilidade, psicose, mania da perseguição, entre outros.

2.5. O álcool no contexto social

Os primatas já dominavam o processo de fermentação das frutas. Mais tarde, seguindo-se à revolução neolítica, verifica-se nas diferentes culturas um avanço sistemático na produção das matérias-primas e tecnológico no processo de fermentação das mesmas.

O consumo de álcool está presente desde muito cedo na história da humanidade. Há registos de três mil anos antes de Cristo que fazem alusão a este tema; ou peças encontradas da mesma altura que indicam que as mulheres em fase de amamentação eram induzidas a beber cerveja; na Babilónia, o rei amparava os que bebiam álcool; os egípcios adoravam deuses como forma de agradecimento pela dádiva da cevada, pois possuíam destilarias há muito tempo; os gregos ofereciam bebidas alcoólicas a deuses e soldados; os romanos reconheciam a Baco, deus do vinho, a graça do vinho divino e contribuíram em muito para a regulação da produção de vinho e respectiva difusão pela Europa.

Ao nível religioso existiu desde sempre um papel importantíssimo para o vinho: na bíblia, por exemplo, encontram-se muitas referências ao álcool, entre outras religiões, à excepção de religiões como o Islamismo que proíbe o seu consumo.

A partir do século XII, foram os cristãos mediterrânicos que comandaram o desenvolvimento industrial da produção. Depois de esta técnica estar bem desenvolvida, no século XIV, é que terá sido implantada pelo resto da Europa

Durante a Idade Média, esta substância esteve associada ao bem-estar e saúde, mais conhecida por *vitae*. A partir do século XVI é adoptada a terminologia de álcool, com origem na palavra grega *alkuhl*.

A bebida alcoólica revelou-se um produto extremamente importante na altura das colónias, em que era utilizada nas trocas entre colonizadores e colonos e os comerciantes recolhiam lucros avultados com o negócio.

No século XX, aquando da revolução industrial expandiu-se este mercado, aumentou o consumo e, conseqüentemente, os problemas a este relacionados. É desta situação que decorrem as leis de proibição nos Estados Unidos, nos anos vinte, e as campanhas de prevenção nos anos sessenta, nos países mais desenvolvidos.

Historicamente, a dependência do álcool começou por ser considerada um “pecado”, passando mais tarde a ser encarada como uma “doença”. Posteriormente tem sido tentada a abertura para um novo enfoque que interprete esta situação como uma “inadaptação comportamental” (Gonçalves, 2008: 15, referindo Thombs, 1994).

2.5.1. A dependência do álcool como pecado

A dependência encarada como um pecado traduz a negação em aceitar alguns códigos éticos e morais de conduta. O indivíduo que dependesse do consumo de álcool só o faria porque através das suas capacidades de livre arbítrio assim decidira, criando sofrimento a si próprio, aos outros e à sociedade em geral, pelo que deveria ser responsabilizado. De acordo com este pensamento, o alcoólatra não devia ser auxiliado ou tratado, pelo contrário, deveria ser punido através de sanções legais, por forma a corrigir o comportamento e prevenir o futuro. A recaída era interpretada como a maior prova de que a dependência é um pecado, de forma que se revelava necessário corrigir o deslize.

Como a dependência era vista como produto de mau comportamento, o qual deveria ser punido e corrigido, era desnecessária a investigação sobre a natureza do problemas e respectiva procura de soluções.

A sociedade actual reflecte um declínio moral e os actuais métodos relativos à dependência evidenciam-se inadequados e ineficazes do ponto de vista dos defensores do modelo típico de adição como pecado, pelo que bradam pelo regresso da família e dos valores tradicionais para minimizar o problema.

2.5.2. A dependência do álcool como doença

Do ponto de vista da dependência do álcool como doença, o consumo excessivo estará dependente de uma doença cuja origem não estará ainda inteiramente percebida, que levará ao uso compulsivo da substância alcoólica. Alguns adeptos deste entendimento defendem que a base deste processo é genética, logo, se não houver predisposição genética a dependência não evoluirá independentemente da quantidade ingerida.

Nesta lógica, o “doente” não terá qualquer responsabilidade no acto de consumir excessivamente, uma vez que perde o controlo sobre si mesmo, causa da dita doença. Assim, a lógica desta perspectiva é a de que os indivíduos precisam de ajuda social, cuidados médicos e tratamentos especializados. Este apoio baseia-se objectivamente em controlar as doenças causadas pela dependência e educar o doente sobre as mesmas e respectiva recuperação.

Na sociedade contemporânea esta doença é definida distintamente por diferentes grupos. Há quem veja o campo da medicina com o intuito de chamar utentes para os seus serviços; no que diz respeito aos agentes ligados directa ou indirectamente ao comércio das bebidas alcoólicas, estes defendem a perspectiva de doença identificando o problema nos indivíduos e não no álcool, para que sociedade e governo imponham restrições ou entraves à indústria desta substância; por outro lado, o grupo composto pelos indivíduos em recuperação e respectiva família opta por esta perspectiva como forma de minimizar o seu grau de culpa e vergonha, como meio de ser mais respeitado em detrimento da rotulação de sofrer de problemas morais.

Nesta perspectiva podemos identificar algumas vantagens: deixa de haver um julgamento moral e os indivíduos são ajudados, cuidados e tratados, há um enfoque de grande dimensão em direccionar os indivíduos para o interesse pelo trabalho como forma necessária de se manterem livres da dependência e assim, a sociedade está mais preparada e disponível para desenvolver recursos com vista a auxiliar os doentes do que se fossem encarados como detentores de uma fraqueza moral.

2.5.3. A dependência do álcool como comportamento inadequado

O entendimento de que a dependência do álcool é aprendida conduz à ideia de que esta se justifica por uma desordem comportamental que está claramente sobre o controlo do contexto ambiental, familiar, social e composições cognitivas. Assim, nesta perspectiva, o indivíduo é fruto de determinadas condições de aprendizagem disruptiva; esta situação de dependência não é resultado de uma opção deliberada livremente e sim de um conjunto de contextos envolventes de acção que provocam comportamentos destrutivos.

Nesta abordagem comportamentalista, o tratamento passa por proporcionar ao indivíduo novos processos de aprendizagem com o objectivo de desenvolver nele competências eficazes na prevenção da iniciação ou da recaída. O recurso a tratamento médico pode ser feito mas só em último recurso e como medida complementar, pois o fundamento da intervenção é meramente comportamental.

O aumento da procura desta intervenção poderá conduzir as ciências do comportamento ao investimento na descoberta e implementação de novas metodologias de abordagem a este fenómeno.

2.6. Portugal no contexto europeu do consumo de álcool

Portugal é um dos países em que o consumo de bebidas alcoólicas é mais elevado.

Em 1994, comparando os países da União Europeia em termos de consumo semanal de álcool, a Itália surgia no topo com maior prevalência do álcool no grupo etário dos 11 aos 15 anos. Portugal assegurava o 4º lugar, mas no ano seguinte passou para 3º lugar respeitante ao conjunto da população consumidora, com um consumo de 11 litros, e relativo ao consumo médio de vinho, com 58,4 litros ao ano por pessoa (Aragão & Sacadura, 2002).

Em 1997, Portugal passou para a liderança ao nível europeu e mundial para o consumo de álcool com 11,3 litros e para o consumo de vinho com 61 litros. Apesar que, em 2000, a Produção Industrial do Comércio atribuiu o terceiro lugar a Portugal, antecedido da Roménia e do Luxemburgo.

Os resultados do Inquérito Nacional de Saúde realizado em 1998/99 revelaram que em Portugal o consumo era maior no sexo masculino e na faixa etária entre os 35 e os 44 anos (Dias, Vieira, & Neto, 2003). Comparando com os dados do mesmo estudo

efectuado três anos antes, houve uma diminuição em todas as regiões do país, exceptuando a região do Alentejo, e nos dois géneros. Houve ainda a redução de bebidas vitícolas e aumento no consumo de cerveja, passando esta bebida a ser a mais consumida no nosso país, com 63,5 litros *per capita* ao ano (Matias, 2007).

2.7. Quadro legal português no domínio do álcool

Sendo Portugal um dos países que apresenta maior número de consumidores de bebidas alcoólicas, este problema conduziu, em 1997, à formação da Comissão de Combate ao Alcoolismo.

Quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) – Europa convidou Portugal a integrar o Collaborative Study on Community Response to Alcohol – related problems, surgiu a primeira investigação sobre o assunto, a qual conduziu à produção de legislação sobre o mesmo (Mello, Barrias, & Breda, 2001).

De acordo com a mesma fonte, o Plano de Acção Contra o Alcoolismo surgiu em Portugal como primeira legislação estruturada que abrange o consumo, venda e intervenção nos problemas ligados ao álcool. Este tem por base a proposta de uma comissão interministerial criada pela Resolução do Conselho de Ministros nº40/1999 de 8/5, a qual adoptou como referência o 1º Plano Europeu sobre o Álcool de 1992/1999 e o Plano aprovado posteriormente em Florença, em 1999, pela 49ª Assembleia Regional da OMS – Europa, para o período de 2000/2005.

O Plano de Acção Contra o Alcoolismo foi aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros nº166/2000 de 29 de Novembro e abrange várias vertentes de intervenção, entre as quais a promoção e educação para a saúde, a regulamentação e fiscalização de combate ao consumo inconveniente ou em excesso do álcool e a vertente clínica e de investigação.

O Decreto-Lei nº 9/2002 de 24 de Janeiro estabelece num dos seus artigos a proibição de venda de bebidas alcoólicas e colocação à disposição em estabelecimentos públicos ou abertos ao público, a indivíduos menores de 16 anos, a quem se aparente embriagado ou portador de alguma anomalia psíquica; é igualmente proibida a venda ou disponibilização de bebidas alcoólicas em máquinas automáticas e estabelecimentos de saúde, em estabelecimentos de ensino e em serviços da administração central e local; por outro lado, estas indicações devem estar expostas em qualquer estabelecimento ou local de venda ou acesso das mesmas.

2.8. Critérios de diagnóstico da dependência do álcool

Existem determinados critérios que auxiliam os profissionais competentes no diagnóstico da dependência alcoólica, os quais são apresentados de seguida, com base em Cruz (2008).

2.8.1. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, da American Psychiatric Association (DSM-IV)*

A dependência é um padrão mal adaptativo do uso do álcool provocando um prejuízo significativo ou sofrimento, manifestado por três ou mais dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses:

Tolerância definida por qualquer um dos seguintes aspectos:

- 1) Necessidade de substância em quantidades progressivamente maiores;
- 2) Acentuada redução do efeito com a ingestão das mesmas quantidades de substância;

Abstinência

- 1) Abstinência à substância;
- 2) Uso para aliviar ou impedir sintomas de abstinência;

A mesma substância é frequentemente consumida em quantidade ou por um período maior do que o pretendido;

Existe um desejo persistente ou esforços mal sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância;

Muito tempo é despendido em actividades necessárias à obtenção da substância;

Importantes actividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em função do uso da substância;

O uso da substância continua apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância.

2.8.2. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão (CID-10)

O diagnóstico indicador de envolvimento alcoólico é definido com recurso a critérios e directrizes diagnósticas de intoxicação aguda, uso nocivo e síndrome de dependência.

A intoxicação aguda é “uma condição transitória” em que a ingestão de álcool resulta em “perturbações ao nível de consciência, cognição, percepção, afecto ou comportamento”. Estes sintomas diminuem de intensidade com o tempo e cessam se não se verificar consumo posterior (Fabbri, 2002).

O uso nocivo designa-se como sendo um padrão de consumo causador de danos para a saúde.

A síndrome de dependência é, de acordo com o mesmo autor (Fabbri, 2002), “um conjunto de fenómenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos”, em que o consumo do álcool se impõe de tal forma importante em detrimento de outros comportamentos que antes eram mais relevantes.

De seguida apresentamos os critérios da CID-10:

- 1) Forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;
- 2) Dificuldade em controlar o comportamento de consumir a substância, em termos de início, término e níveis de consumo;
- 3) Estado de abstinência fisiológico, quando o uso da substância cessou ou foi reduzida, como evidenciado por síndrome de abstinência característica para a substância, ou o uso da mesma substância com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
- 4) Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoactiva são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;
- 5) Abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos em favor do uso da substância psicoactiva, aumento da quantidade de tempo necessária para obter ou ingerir a substância ou para se recuperar dos efeitos;
- 6) Persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas, tais como: dano no fígado, por consumo excessivo de bebidas alcoólicas, estados de humor depressivos consequentes a períodos de consumo excessivo da substância, ou comprometimento do funcionamento cognitivo, relacionado à droga. Nesse

caso, deve-se fazer esforço para determinar se o consumidor estava realmente consciente da natureza e extensão do dano.

2.9. O álcool e o consumo precoce

Os dados do “Ministère de L'Éducation National de L'Enseignement Supérieur et de la Recherche” (MENESR, 2006) indicam que na União Europeia, por volta dos 12 anos já 70% dos rapazes e 63% das raparigas vivenciaram experiências com o álcool. Os respectivos valores sofrem uma evolução no sentido de atingir os 90% aos 16 anos.

Em Portugal, num estudo registado no concelho de Matosinhos e referido por Aragão & Sacadura (2002) conclui-se que, entre 1994 e 1996, a idade média de iniciação ao consumo ronda os 13,1 anos; por outro lado, entre jovens ao nível do 3ºciclo e secundário 47% já consumira álcool. Dos factores que favorecem o consumo destaca-se o grupo de amigos (39,6%) e o seio familiar (25,6%). Entre os jovens no início do ensino secundário, 79,1% já tinham consumido álcool pelo menos uma vez na vida e o sexo masculino assume uma prevalência mais elevada ao longo da vida (80,2%).

Os dados do inquérito do “European School Survey Project Alcohol and Drugs” (ESPAD) obtidos em 1999 e publicados pelo Instituto Português da Droga e da Toxicodependência indicam que 3% dos jovens inquiridos confessam ter episódios de embriaguez “20 vezes ou mais ao longo da vida” enquanto 4% revelam que estes episódios se repetiram três ou mais vezes nos últimos trinta dias.

Relativamente à idade média de iniciação ao consumo de bebidas alcoólicas como a cerveja, o vinho e bebidas espirituosas, constata-se no mesmo inquérito que se situa na faixa dos 13 anos.

Visto que a formação do cérebro humano só acaba por volta dos 21 anos de idade, a exposição ao álcool antes desse processo terminado pode conduzir a alterações irreversíveis que interfiram no desenvolvimento intelectual e na predisposição a desenvolver dependência (Tapert, Ph.D., Caldwell, & Burke). Esta situação é demasiado preocupante tendo em consideração todos os dados anteriormente apresentados.

O ser humano é dotado de um mecanismo cerebral designado como sistema de recompensa, o qual é formado por circuitos neurais que integram estruturas específicas do cérebro, sendo estas comandadas por neurotransmissores como a dopamina. A função deste sistema é o reconhecimento de estímulos prazerosos para o indivíduo, provocando a sensação de prazer e armazenando essa memória no cérebro. O

desenvolvimento deste sistema decorre de forma natural desde o nascimento à idade adulta e, quando o processo não está acabado, estímulos externos podem condicionar a forma como o mesmo irá formar-se. Assim, quando a criança ou adolescente, em fase de desenvolvimento do cérebro, faz ingestão de álcool, a substância chega ao sistema nervoso central (SNC), actua no sistema de recompensa referido anteriormente e provoca alterações no seu funcionamento, tornando-o mais sensível a situações prazerosas.

Quanto mais álcool o jovem consumir, mais alterações ocorrem na produção de neurotransmissores, nas conexões neurais e na sensibilização do sistema. Chegando à idade adulta, tendo o cérebro sido formado com a necessidade de receber a substância química que é o álcool, poderá precisar mais tarde de estímulos muito maiores, quando comparado com outros indivíduos, para ser capaz de sentir prazer, o que conduzirá à tristeza, desmotivação e desinteresse.

Assim sendo, um indivíduo que entra em contacto com o álcool apenas na idade adulta vê o risco de dependência muito mais reduzido, uma vez que a formação do cérebro já se efectuou e o sistema de recompensa não está tão sensibilizado. Em contrapartida, uma criança ou adolescente em contacto com o álcool aumenta consideravelmente o risco de desenvolver dependência da substância.

2.10. O álcool e os factores de risco

A designação de factores de risco refere-se ao conjunto de causas responsáveis pela iniciação ao consumo do álcool, substância central deste trabalho entre outras possíveis, mas tem vindo a ser substituída por outros termos como factores de vulnerabilidade, factores de susceptibilidade, predictores ou indicadores de risco.

Os factores de risco determinam o risco e a protecção, ambos presentes na sociedade, escola, família e indivíduo.

2.10.1. Factores de risco individuais

As marcas determinantes da adolescência, um período do desenvolvimento humano que começa cronologicamente entre o fim da infância e o início da puberdade e finda com o começo da juventude, resumem-se a alterações físicas, psicológicas,

cognitivas, sociais e culturais. Esta fase é crucial na construção e formação da personalidade, com reflexos na imagem de si mesmo, na credibilidade perante os outros e nas experiências vivenciadas. De igual forma se revela um período frágil na vida do indivíduo no sentido em que fica exposto a todos os factores circundantes que futuramente irão influenciar positiva ou negativamente todos os seus comportamentos.

Quanto maiores forem os factores de risco maior é a probabilidade do adolescente se envolver em problemas comportamentais.

Em contrapartida, há que considerar os factores de protecção: actividades em família, religiosas, desportivas ou culturais podem abrir o caminho para que os adolescentes se tornem mais resilientes e com maior capacidade para resistir e enfrentar as influências adversas (Reininger, 2003).

Garmezy concebe a resiliência como a capacidade de recuperar o padrão de funcionamento após experienciar uma situação adversa, sem que, no entanto, deixe de ser atingido por ela. Esta concepção está associada à ideia de que a pessoa resiliente, mesmo vivendo uma situação de ameaça ao seu bem-estar, pode perder as forças mas recuperar-se de novo (Silva, 2007).

A dependência é um problema do “ser”, isto é, devemos analisar as causas nas necessidades de gerar uma ilusão de bem-estar em que se entra nela por acção do álcool.

As pesquisas apontam que indivíduos com parentes em primeiro grau portadores de alcoolismo estão três a quatro vezes mais propensas a desenvolver alcoolismo; em geral, aqueles que possuam alterações ligadas ao alcoolismo e com historial familiar com as mesmas alterações têm índices superiores de consumo alcoólico; no caso de gémeos, os monozigóticos mostram índice maior de predisposição para o alcoolismo quando comparados com os dizigóticos; indivíduos cujos pais biológicos não tenham quaisquer problemas de alcoolismo e sejam criados por outras pessoas com esses transtornos, não apresentam risco aumentado de entrar no alcoolismo; em contrapartida, indivíduos cujos pais sofram de perturbações do alcoolismo, mesmo que sejam criados por figuras parentais isentas desses problemas, continuam em risco de desenvolver perturbações relacionadas com o álcool.

2.10.2. Factores de risco sócio ambientais

Estes factores referem-se a estruturas de organização e funcionamento colectivos, tais como a família, o grupo de pares ou o pequeno e grande grupo de amigos, as actividades escolares, os contextos comunitários na ocupação dos tempos livres, o contexto social e económico, a publicidade, os meios de comunicação, o contexto jurídico e normativo (Rodrigues, 2006).

A família é um importante suporte na formação do “ser”, mas na actualidade deparamo-nos com uma crise profunda desta instituição insubstituível, em termos de valores e orientação, em que todos se demitem das suas responsabilidades na educação e crescimento do “ser”. Quando um ambiente familiar se caracteriza por discussões constantes, dificuldades económicas, desemprego, divórcio, ausência de diálogo entre pais e filhos, violência, permissividade ou inflexibilidade, o “ser” é muito facilmente conduzido para o consumo do álcool. Por outro lado, se no seio familiar houver a capacidade e o discernimento de resolver os conflitos e qualquer problema através da comunicação, colaboração e respeito, o indivíduo em desenvolvimento vai adquirir competências sociais e de gestão das relações que o munem para que futuramente resolva os próprios problemas, baseado nos mesmos pressupostos.

Logo a seguir à família, o par ou o grupo servem de modelo para o próprio comportamento e desempenham um papel fundamental no desenvolvimento e equilíbrio emocional e adaptativo. Sendo assim, experiências negativas dentro do grupo como a exclusão, rejeição, frustração e desilusão, nesta fase sensível que é a adolescência pode traduzir-se na vulnerabilidade perante perigos como o álcool e na imaturidade de enfrentar as adversidades.

Na cidade, devido à sua organização habitacional dirigida para a massificação, os indivíduos crescem sem identidade e sem saber ser. É um espaço propício a estados disruptivos como a solidão, falta de laços afectivos, ausência de personalidade, entre outros.

A sociedade actual abafa a construção do “ser” antes direccionado para as relações responsáveis e com respeito, apresentando uma imperatividade exacerbada de competição, individualismo e materialismo, cultivando o isolamento.

A moda e a publicidade são formas de conduzir o indivíduo numa busca incessante pela afirmação e imposição aos outros, definindo os estilos de vida, inferiorizando o ser através da ênfase dada ao parecer.

2.11. Abordagens explicativas das causas da iniciação aditiva do álcool

A Psicologia partilha seis modelos teóricos para facultar uma compreensão psicopatológica do processo de iniciação da adição, os quais serão sinteticamente abordados de seguida.

2.11.1. Abordagem cognitivo-comportamental

Esta teoria tem como base a aprendizagem e o estudo do processamento da informação no cérebro em que os domínios comportamental, cognitivo e emocional são condicionados.

Pavlov desenvolveu o princípio do condicionamento correspondente, através do qual um estímulo cria uma resposta, logo um estímulo condicionado induz a uma resposta condicionada.

Skinner produziu o conceito de condicionamento respondente instrumental, fundamentado pela ideia de que os comportamentos são reforçados pelas respectivas consequências. Neste processo existe o reforço negativo, através do qual a repetição do comportamento é inibida, e com resultado oposto o reforço positivo, que induz à repetição do acto.

Bandura elaborou a teoria da aprendizagem social, cuja base é a antecipação, ou seja, antes da execução do comportamento há um raciocínio que, de acordo com a consciência do indivíduo, permite que a execução não decorra de forma mecânica. A adaptação do indivíduo a estímulos efectua-se ou não através dos processos de consciência emergentes da sociedade.

As teorias cognitivas indicam que a relação entre o comportamento e o cérebro gera determinada informação que é tratada e “armazenada” para ser reutilizada sempre que necessário.

2.11.2. Abordagem biopsicossocial

Nesta perspectiva, a adição é o reflexo dos problemas do indivíduo, tais como o desemprego, divórcio, *stress*, cansaço, isolamento, entre outros. Embora o álcool faça não lembrar dos problemas acabará também por minimizar a auto-estima. Na lógica

desta abordagem, os agentes responsáveis pela adição são os erros da sociedade, o egoísmo e o individualismo.

Os factores de protecção contra a adição são o desenvolvimento de acções sociais favoráveis à auto-estima, ao autocontrolo, por acção de factores de personalidade, cognitivos, sociais e culturais.

2.11.3. Abordagem psicobiológica

Quando as sensações não são estimuladas, o indivíduo vai procurar substâncias ou comportamentos que sejam capazes de ampliar essa actividade neurobiológica. Ou seja, a estimulação cortical conduz à necessidade de sensações.

2.11.4. Teoria da inversão psicológica

Michael Apter fundou a teoria baseada na ideia de pares de estados psicológicos opostos que determinam a interpretação que o indivíduo dá à sua vida. Por exemplo, se um indivíduo se encontrar num contexto de estimulação e estiver receptivo à “procura de activação” ficará eufórico, por outro lado, se estiver num estado desfavorável de “evitamento da activação” acabará por se tornar ansioso (Richard & Senon, 2005). A adição pode surgir a partir dos estados de activação.

2.11.5. Modelo de gestão hedonista

Esta doutrina, desenvolvida por Iain Brown, obedece ao princípio do prazer. Neste sentido, a adição é um fenómeno ligado a motivações, expectativas e valores definidos pela própria aprendizagem social cognitiva. Em determinadas circunstâncias, a gestão entre os estados psicológicos e os níveis de activação aprendida durante a infância pode originar necessidades secundárias artificiais, a adição.

A adição inicia-se com a fase da descoberta, podendo seguidamente evoluir e prolongar-se através de fortes condicionamentos como hábitos, rotinas e distorções cognitivas. Nesta lógica é sempre possível a recuperação através de uma nova

distribuição de actividades. No entanto, devido à diminuição do estado de vigília, haverá o risco da recaída, sendo necessário então um controlo permanente.

2.11.6. Modelo do sistema de acções

Neste modelo, proposto por Eric Loonis, as tarefas da vida quotidiana, as acções, assumem duas funções distintas: adaptar-se às vivências reais e adaptar-se a si próprio. Neste pressuposto, a adição tem duas faces: “adições da vida quotidiana” e “adições patológicas” (Richard & Senon, 2005). Na primeira face temos um conjunto de acções equilibrado com pouco investimento, uma diversidade de acções disponíveis e enorme facilidade de substituição. Na face oposta temos as actividades compulsivas com um forte investimento na adição, falta de diversidade de acções e dificuldade na substituição das mesmas.

O sistema de acções dos contextos pessoais, sociais e culturais são herança do sistema de acções formado no período da infância.

A forma frágil como o indivíduo possa desenvolver o seu sistema de acções ou a sua desorganização, conduzi-lo-á a condições cerebrais que determinam o sofrimento intrínseco como os estados depressivos, redução da auto-estima e aumento da necessidade de segurança.

2.12. Prevenção para os efeitos da adição do álcool

A prevenção corresponde a um conjunto de estratégias que se conectam em programas com o objectivo de impedir a evolução de comportamentos considerados pela sociedade como perturbadores ou de risco (Gonçalves, 2008, fazendo alusão a Richard & Senon).

Na sociedade actual, a prevenção já não se confina ao conjunto de variantes a evitar, engloba sim o trabalho conjunto de uma equipa multidisciplinar no sentido de envolver uma variedade de saberes na procura das melhores soluções. A família, o consumidor, o psicólogo, o professor, o médico, são todos agentes de extrema responsabilidade em direcção à prevenção de comportamentos a evitar e à promoção da saúde estimulando todas as potencialidades biológicas, psicológicas e sociais do indivíduo consumidor.

De acordo com a mesma referência (Gonçalves, 2008), a OMS codificou as estratégias de prevenção em três níveis: a prevenção primária, secundária e terciária.

A prevenção primária refere-se à população na sua totalidade e estava inicialmente pensada como forma de impedir o início de uma patologia que conduzisse a um comportamento de risco, através de vacinação e informação. Actualmente engloba o problema de forma mais abrangente, promovendo atitudes activas a favor da saúde, prevenindo a evolução de um consumo esporádico para o consumo exagerado e, de forma mais alargada, prevenir as consequências desse exagero através da aplicação de políticas de redução de riscos.

A prevenção secundária pretendia simplesmente impor aos consumidores que se abstivessem antes de entrar na dependência. Hoje em dia, pauta a sua atenção para os grupos em risco e tenta operacionalizar objectivos com apoio das equipas de prevenção, equipas de bairro e grupos de acolhimento, entre outros. Visa ainda o fornecimento de informação aos indivíduos em risco para que compreendam melhor o seu problema e conheçam formas de evitar complicações do mesmo.

A prevenção terciária tem como desígnio a prevenção de recaídas dos indivíduos que já estejam socialmente reintegrados, adoptando medidas de apoio social, económico e domiciliário, entre outros. Neste pressuposto recorre-se a um cálculo do risco envolvendo o grau de exposição, a vulnerabilidade em aspectos genéticos e psicológicos, e as propriedades farmacológicas do produto (quantidade ingerida, duração e modos de consumo). Por exemplo, quanto maior o grau de exposição menor vulnerabilidade será necessária para que o risco se mantenha num grau elevado.

A prevenção organizada e baseada nestes três agentes resulta na diminuição do risco, visto que age sobre as propriedades farmacológicas da substância, manipula a exposição ao produto e actua sobre a vulnerabilidade.

2.12.1. Modelos de prevenção do comportamento aditivo no domínio do álcool

O objectivo deste conjunto de métodos, técnicas, agentes e teorias é produzir impacto na intervenção preventiva através do fornecimento ao indivíduo de competências para a acção, de forma a desenvolver atitudes mais desfavoráveis perante a substância aditiva que é o álcool. O objectivo específico ideal a atingir seria a diminuição do consumo até à eliminação total da dependência.

2.12.1.1. Modelo proscritivo

Este modelo dedica-se principalmente à prevenção do álcool, adoptando estratégias de intervenção focadas no provimento de informação sobre esta substância e respectivos efeitos nocivos, completando esta educação com uma fundamentação ético-moral, pois o consumo do álcool é moralmente condenado.

2.12.1.2. Modelo sociocultural

O foco deste modelo é a acção do álcool. A fonte do problema deixa de se centrar no indivíduo e passa para a sociedade, ou seja, o problema do álcool não é mais do que o impacto negativo de aspectos sociais e culturais específicos.

Seguindo este pressuposto, é necessário estipular a distinção entre bebida socialmente aceitável e socialmente inaceitável, a partir da qual se parte para a estruturação social de normas que ditam conceitos como bebida excessiva e moderada, procedida da adopção de comportamentos de responsabilidade relativos à bebida e alterações atitudinais perante o álcool.

2.12.1.3. Modelo de comportamento interpessoal (MCI)

Este modelo preconiza fortemente o impacto das várias influências sociais e ambientais na iniciação ao consumo de álcool, tais como a pressão do grupo de pares, amigos e a vulnerabilidade do indivíduo a essa pressão. Assim, a prevenção assenta na combinação de abordagens focadas no desenvolvimento de competências sociais específicas e gerais, orientadas para a aprendizagem de competências de funcionamento interpessoal adequadas, recorrendo a técnicas que combatam e alterem os comportamentos inadequados. Neste sentido, se as competências podem ser aprendidas podem igualmente ser ensinadas aos indivíduos que não as possuam (Stacy et al., 2005).

De acordo com este modelo, há um conjunto de variantes a contemplar na intervenção para a prevenção: facultar informação sobre o álcool, preconizar acções que impliquem tomadas de decisão, técnicas para reduzir a ansiedade, treinar as competências sociais, reforçar a auto-imagem e apresentar técnicas de resistência à pressão social para consumir álcool.

2.12.1.4. Modelo sócio afectivo

As influências socioculturais, os processos interpessoais e as características individuais são factores que este modelo considera capazes de contribuir para a ocorrência de qualquer predisposição “sócia afectiva” para recorrer ao álcool. Dependendo da origem positiva ou negativa desta predisposição, revelar-se-á um conjunto de atitudes e comportamentos mais ou menos favorável ao álcool.

2.12.1.5. Modelo de inoculação

As estratégias preventivas deste modelo baseiam-se nas dimensões psicológica, social e cognitiva, em que objectiva por assegurar condições de tornar as atitudes mais resistentes a exposições apelativas, potenciar os indivíduos com maior resistência a influências sociais e munir cada indivíduo de capacidades, conhecimentos e atitudes críticas para que se torne capaz de contrariar as invocações psicológicas e sociais para o consumo do álcool.

2.12.1.6. Modelo humanista: educação e valores

A abordagem humanista de prevenção estrutura-se em três dimensões distintas mas interligadas: transmissão de informação, postulando a compreensão profunda do álcool e respectivo consumo, sem esquecer uma avaliação das consequências para si mesmo e para a sociedade; aquisição de competências de tomada de decisão, tomando consciência das diferentes fases inerentes à tomada de decisão e permitindo que a informação oriente o indivíduo na sua decisão; clarificação de valores, direccionando à consciencialização da importância dos mesmos, da sua organização, da diferença de valores defendidos pelos outros e compreensão de que entre valores e comportamento existe uma discrepância.

2.12.1.7. Modelo biopsicossocial

Este modelo defende que entre o álcool e a dependência do mesmo existe um vasto conjunto de influências biológicas, variáveis inerentes ao desenvolvimento

psicológico do indivíduo, determinantes interpessoais, variáveis comunitárias e factores sociais.

A abordagem a este fenómeno é, de acordo com este ideal, fortemente estruturada e complexa porque envolve uma multidisciplinaridade de ciências e conhecimentos e interage com sistemas de saúde, educação, trabalho, segurança e sociais. Esta interactividade é imperativa no trabalho dirigido para o desenvolvimento psicológico, ambiente interpessoal e interacção social, não esquecendo a relevância das restantes influências.

2.12.1.8. Modelo das alternativas ao consumo de álcool

Se forem apresentadas alternativas ao consumo do álcool, o mais provável é que o indivíduo não vá recorrer a esta substância excessivamente.

Sakara e Sussman (2003: 462) indicam que esta abordagem preventiva pressupõe que o consumo de álcool satisfaz determinadas necessidades sociais ou psicológicas e de vivenciar novos estados de consciência; constitui um meio do indivíduo se sentir melhor; apesar da sensação de sentir-se melhor o álcool provoca efeitos fisiológicos, psicológicos e cognitivos nocivos; o indivíduo só abandonará o consumo de álcool se encontrar algo melhor; ao envolver o indivíduo em actividades alternativas (actividades desportivas, culturais, políticas, sociais, religiosas, de distração e lazer, de aventuras e camaradagem) este satisfará as suas necessidades e diminuirá a tendência para recorrer ao álcool.

2.12.1.9. Modelo da comunicação-persuasão (MCP)

Este modelo tenta analisar de que forma as componentes da comunicação (variável independente) influenciam o comportamento (variável dependente). Neste sentido, a mensagem será eficaz e conduzirá à mudança de atitude de acordo com a forma como é apresentada ao indivíduo ou grupo. Depois da apresentação da mensagem, o indivíduo precisa prestar atenção ao conteúdo e compreendê-lo. No entanto, para que se verifique uma mudança de atitude serão necessárias mais três etapas, entre elas, a adesão ao conteúdo, a retenção do mesmo e o novo comportamento concretizado.

2.13. O papel do professor no contexto do álcool

Na sociedade actual, os professores são encarados como profissionais empenhados na defesa do profissionalismo docente. Este passa a ser a mágica com a qual se resolverá todos os problemas sociais (família, valores, conflitos e adicção). Para que tal suceda os professores necessitam de novos direitos e oportunidades de decisão sobre o que é mais conveniente para os alunos como actores na construção do palco que é a sociedade (Sousa, 2000; Correia & Matos, 2001).

Os programas educativos a colocar em prática pelos professores têm como suporte normativo e operativo as orientações curriculares e os manuais escolares. Os suportes legais e materiais devem facilitar o desenvolvimento de todos os actos educativos, incluindo o consumo de álcool. Estes instrumentos de acção deverão permitir que o professor se sinta realizado e conquiste o patamar do bom professor, eficaz e profissional.

O professor actual necessita ser dotado de um conjunto de conhecimentos técnicos e científicos actuais e abrangentes por forma a ser capaz de dar resposta às necessidades dos alunos; o domínio dos conteúdos a ser abordados e o recurso a uma linguagem adequada de forma que os alunos percebam a mensagem são dimensões imperativas neste professor.

A competência do professor passa pela facilidade em recorrer a um conjunto de saberes para solucionar eficazmente cada situação e problema que possa surgir;

O professor dinâmico será capaz de realizar qualquer actividade com entusiasmo e alegria, comunicando com facilidade e deste modo captar toda a atenção dos alunos.

A criatividade é uma capacidade imperativa para ser capaz de responder em tempo útil a qualquer situação inesperada, com improvisação.

Ser inovador e estar sempre a par das evoluções tecnológicas, levando-as para a sala de aula como exemplos reais é uma característica do que deve ser um bom profissional. A par disto, é de extrema importância que consiga transmitir os conhecimentos teóricos de forma que os alunos os interpretem como aplicáveis e úteis para as vivências do seu quotidiano, ou seja, relacionar a teoria com a prática.

O professor que se distancia do aluno dificilmente lidará com os problemas que o mesmo possa ter que enfrentar. É necessário um espaço de troca de valores, afectos, compreensão, para que seja possível interagir com o aluno e ajudá-lo na resolução de conflitos pessoais, dissipação de medos, inseguranças, situações familiares problemáticas, entre outros problemas que possam afectá-lo.

Em suma, com recurso aos diversos elementos didáctico-pedagógicos, o professor deverá concretizar as suas práticas pedagógicas de tal forma que conduza o aluno a assimilar, entender e preservar saberes e valores sociais, a participar, alterar e construir uma sociedade mais justa, interventiva, crítica e assertiva e a ser livre em termos de dependência alcoólica, política, cultural ou social.

3. Alcoolismo feminino

Na actualidade, a prevalência dos problemas relacionados com o alcoolismo entre mulheres de todas as idades é maior que no passado, pois deixou de haver factores sociais que influenciem a diferença de sexos. De acordo com a diminuição da discriminação relativamente à mulher consumidora, aumenta a igualdade social entre sexos, altera-se o papel da mulher na sociedade, o alcoolismo feminino aumenta e o carácter alcoólico da mulher assemelha-se gradualmente ao do homem.

De uma forma geral, a mulher sente mais complicações com os efeitos do álcool devido à sua estrutura física: “devido à maior absorção do álcool, à maior proporção de gordura corpórea e à menor quantidade total de água no organismo, as mulheres têm maior biodisponibilidade ao álcool do que os homens”, isto é, considerando a mesma quantidade de álcool, a concentração de etanol é maior na mulher do que no homem. (Grinfeld, 2005).

Independentemente da aproximação de igualdades entre homens e mulheres, as consequências do consumo excessivo por parte das mulheres percorre negativamente aspectos de saúde física, psicológica, psíquica e sociais, pelo que apresenta características e necessidades de tratamento diferentes das dos homens.

O consumo moderado de bebidas alcoólicas é um conceito que tem vindo a revelar-se difícil definir, uma vez que traduz significado adverso para pessoas diferentes. Na maioria das vezes é um conceito confundido com o beber socialmente, o que traduz a ideia de que a moderação depende do que seja socialmente aceite.

3.1. Diagnóstico precoce do consumo de álcool na gravidez

Numa fase inicial, a mulher nega a dependência e consome álcool às escondidas. As grávidas que consomem álcool costumam ser insuficientemente identificadas,

provavelmente por falta de formação dos profissionais de saúde para manipular os factores que activam os mecanismos de defesa que a utente utiliza para negar o consumo durante a entrevista profissional.

De acordo com Grinfeld (2005), os profissionais de saúde que estão responsáveis pelo acompanhamento das grávidas durante a gestação beneficiariam se tivessem ao seu dispor mais e melhores recursos, tais como: informações específicas sobre a doença através de congressos respeitantes às áreas envolvidas da gestação (Genética Médica, Pediatria, Obstetrícia) e parcerias e articulação com a logística das mesmas áreas; critérios rigorosos e adaptados ao diagnóstico e evolução; conhecimento dos vários serviços de encaminhamento; registos de profissionais com experiências de diagnóstico da SAF (Síndrome Alcoólica Fetal); apoio governamental nas áreas de saúde local e nacional; apoio de organizações privadas direccionadas para os problemas da dependência química.

O reconhecimento e a percepção dos problemas relacionados com a exposição do feto ao consumo de álcool por parte da mãe, possibilitará ajustar o atendimento ao recém-nascido e à família como um todo e facilitará a planificação de medidas preventivas a aplicar em tempo útil.

Caso não se reúnam esforços no sentido de identificar precocemente casos de risco, com vista ao tratamento e prevenção do consumo de álcool pelas grávidas, toda a dimensão fisiológica e funcional necessária à formação cognitiva e da personalidade dos filhos estará sensível à exposição e ao risco de transtornos, os quais ultrapassarão todas as características problemáticas enunciadas na literatura.

Geralmente, a avaliação de problemas relativos ao consumo de álcool são feitos com base em sintomas de intoxicação aparente.

As escalas padronizadas para investigar o consumo aparentam ser mais eficazes que as análises ou exames laboratoriais, relativamente à identificação do uso excessivo e nocivo, pois estes não têm como identificar concentrações de álcool que forneçam dados específicos sobre o grau de nocividade do consumo ou a duração do uso excessivo, moderado ou leve. Este entrave decorre do facto do material biológico ser passível de influências fisiológicas através do metabolismo, absorção e excreção. Bastam 24 horas de abstinência para ocultar a concentração de intoxicação alcoólica no material biológico.

Entrevistas clínicas estruturadas ou semiestruturadas para identificar o uso nocivo ou dependência do álcool através da CID-10 não será muito viável pois exigiria um período de tempo muito longo no atendimento pré natal ou pré parto, assim como seria

imperativa a presença de profissionais de saúde com formação e competência para a aplicar.

Uma vez que os índices mais altos do consumo de álcool ocorrem durante os anos reprodutivos, uma descoberta célere com apreciação apropriada do problema será crucial para o desenvolvimento e tratamento adequado, para uma pesquisa abrangente dos problemas associados e consequente intervenção com eficácia.

Perante o quadro efectivo de elevada taxa de alcoolismo feminino, torna-se necessário desenvolver instrumentos capazes de diagnosticar o consumo de álcool pelas grávidas, respectiva frequência e intensidade, por forma a gerar métodos na tentativa de minorar os riscos e viabilizar um bom crescimento intra-uterino e pós natal, com execução de cuidados na assistência materno-infantil.

O sistema de diagnóstico mais utilizado nos Estados Unidos é o DSM-IV, 4ª edição de 1995, o qual é consistente com a CID-10.

3.1.1. Tolerance, Annoyed, Cut down Eyeopener (T-ACE)

O T-ACE é um instrumento para avaliação do consumo de álcool, aplicável facilmente num período de um a dois minutos de conversação, adequado para as rotinas dos serviços ginecológicos e obstétricos, pensado e desenvolvido por Sokol e Clarren (Kerr-Corrêa, S/data) para detectar grávidas que consumam quantidades de álcool que originariam o desenvolvimento da SAF.

A base deste teste centra-se em quatro questões sobre tolerância, aborrecimento pelas críticas que recebe, tentativa de reduzir o consumo de bebidas alcoólicas e sintomas de abstinência, como exemplificamos a seguir:

- 1) Tolerância – Quantas doses aguenta beber?
- 2) As pessoas aborrecem-na por se queixarem da forma como bebe?
- 3) Já achou que devia diminuir a quantidade que bebe?
- 4) Já precisou beber logo pela manhã para se sentir melhor ou livrar-se da ressaca (tremores)?

3.1.2. *TWEAK*

Este teste é eficiente em mulheres, composto por cinco questões que desviam a culpa e acrescentam tolerância, como ilustramos abaixo:

- 1) Quantas doses aguenta beber?
- 2) Às vezes, seus pais ou companheiro preocupam-se ou queixam-se de como bebe?
- 3) Já teve que beber logo pela manhã para se sentir melhor ou livrar-se da ressaca (tremores)?
- 4) Já acordou de manhã depois de beber e percebeu que não podia lembrar-se de parte do que aconteceu na noite anterior?
- 5) Já pensou que devia reduzir na quantidade que bebe?

3.2. *Efeitos do álcool na gravidez*

“As mulheres que consomem álcool ou drogas durante a gravidez podem causar danos permanentes nos seus filhos” (Swissinfo.ch, 2007), de acordo com as conclusões de um estudo efectuado na Suíça, pelo professor Hans-Christoph Steinhausen, em colaboração com o pediatra Hans-Ludwing Spohr (S/autor, Estudo Confirma Riscos do Consumo de Álcool Durante a Gravidez, 2006). A mulher grávida que consome álcool poderá colocar o feto em risco, conduzindo-o a um conjunto de problemas, como malformações no corpo, nos órgãos internos e até nos sentidos; atraso mental; deficiências orgânicas; ou mesmo a morte por aborto; ou a SAF.

Em 1978, Clarren e Smith apontam como causa mais frequente da deficiência mental no Ocidente o consumo excessivo de álcool por parte da mãe durante a gestação.

Num estudo com 501 mulheres cujos filhos apresentavam comportamentos inadequados, efectuado por Sood e colegas, “o consumo de apenas uma dose de álcool por semana esteve associado à alteração comportamental na infância” (CISA, 2005). A probabilidade de apresentar um conjunto de comportamentos agressivos é maior em relação às crianças não expostas.

Do facto de se saber que muitas mulheres consomem álcool antes do conhecimento da gravidez advém a ideia de que nem sempre esse consumo prejudica ou provoca danos no feto, ou seja, afecta algumas crianças nascidas de mães que consumiram durante a gravidez e não todas.

Em contrapartida, está cientificamente comprovado que consumir álcool de forma crónica e em excesso afecta o desenvolvimento normal do bebé.

Este consumo de álcool durante a gravidez pode causar aborto espontâneo, parto prematuro, bebé com atraso mental, bebé pequeno relativamente à idade da gestação, com cabeça pequena, mal formações nos olhos, nariz ou boca, morte do bebé durante o período de amamentação, problemas cardíacos ou noutros órgãos vitais, descoordenação motora e atraso no crescimento, agitação e, posteriormente, hiperactividade e dificuldades de aprendizagem.

O padrão de abuso do álcool (grande exagero ou quotidiano), o grau de dependência (leve, moderado ou grave), uma gravidez anterior exposta aos efeitos do álcool, um membro familiar como consumidor dependente, a ausência de consultas pré-natais, o desemprego momentâneo e o deslocamento social, são factores associados ao maior risco de exposição fetal ao álcool.

No primeiro trimestre da gravidez, o feto corre o risco de sofrer malformações e dimorfismo facial, uma vez que se trata de uma fase crucial da organogénese.

No segundo trimestre, aumenta a incidência de abortos espontâneos.

No terceiro trimestre, outros tecidos do sistema nervoso são afectados, como o cerebelo, o hipocampo, o córtex pré-frontal; assim como se verifica um atraso no crescimento intra-uterino e há comprometimento do parto, aumentando a probabilidade de infecções, descolamento da placenta antes do tempo, parto prematuro e sofrimento do feto devido à presença de mecônio no líquido amniótico.

3.3. Efeitos do álcool na amamentação

Durante a amamentação, o etanol é transferido para a criança através do leite materno, na proporção de 2% da alcoolemia da mãe. A produção de leite pode reduzir e a qualidade ficar intacta.

Neste processo alimentar há efeitos negativos na criança: relaxamento e possível estimulação do sono, perturbações no sono, no desenvolvimento neuromotor e na aprendizagem.

4. A Síndrome Alcoólica Fetal (SAF)

A SAF ou Síndrome Fetal Alcoólica, ou ainda Efeito Alcoólico Fetal, é a “manifestação de defeitos neonatais específicos de crescimento, mentais e físicos associados ao alto consumo de álcool pela mãe durante a gestação” (Tango.com, 2000) e foi descrita pela primeira vez em 1968, por Lemoine e colaboradores.

Em 1991, a *American Academy of Family Physician* tinha uma estimativa de que 50 a 70% dos recém-nascidos de mães alcoólicas apresentavam sinais da SAF (Pinho, Pinto, & Monteiro, 2006).

Havia a crença de que a SAF surgia apenas em meios socioeconómicos desfavorecidos. No entanto, posteriormente verificou-se que pode ser identificada em qualquer população mesmo quando o consumo é moderado.

Investigações científicas recentes indicam que a SAF pode surgir em casos de mães que ingerem álcool mesmo em pequenas doses. Mesmo em relação a uma exposição ao álcool de poucas horas, estudos efectuados com ratos em desenvolvimento demonstram uma degeneração dos neurónios em larga escala.

No que diz respeito à quantidade de álcool considerada segura durante a gravidez ainda não há estudos concluídos, no entanto, “evidências recentes sugerem que mesmo uma dose por semana está associada à possibilidade de dificuldades mentais” (Grinfeld, 2005). A tolerância individual da mãe e do bebé também têm um papel importante, por isso não é possível determinar uma quantidade tolerável. Neste sentido, a forma mais eficaz de combater a SAF é a prevenção sem álcool.

No caso de uma segunda gravidez em que a primeira já esteve exposta aos efeitos nocivos do etanol, o risco de surgir a SAF na segunda gravidez é de mais de 75% (Grinfeld, 2005), e com quadros mais graves que os filhos mais velhos.

Um estudo realizado sobre dois irmãos portadores da SAF, consistindo na avaliação fonoaudiológica clínica de cada um deles, apresentou as seguintes conclusões: apesar dos irmãos serem portadores da mesma síndrome e do contexto familiar ser o mesmo, o perfil fonoaudiológico é diferente. Estas conclusões conduzem a uma especulação de que dificuldades mais graves na capacidade comunicativa podem estar associadas a períodos mais elevados de exposição ao álcool durante as fases mais críticas de desenvolvimento fetal (Garcia, Rossi, & Giacheti, 2007). Sendo assim, podemos afirmar que a SAF se apresenta sob a forma de diferentes níveis de gravidade.

A SAF aumenta a probabilidade de ocorrer morte súbita infantil, contribuindo assim para aumentar a taxa de mortalidade infantil numa determinada população.

4.1. Características da SAF

Ainda na barriga da mãe, o feto começa por apresentar um atraso no crescimento, em altura, peso e perímetro da cabeça.

Os bebés nascem com tamanho e peso reduzidos, cara achatada, a palma da mão com pregas diferentes do padrão de referência, entre outras anomalias físicas como cabeça pequena, maxilar superior pequeno, nariz pequeno e curvado para cima, lábio superior liso e fino, olhos com pregas epicânticas proeminentes.

A deficiência cardíaca, articular e vascular também marca presença. O problema mais grave é o crescimento deficiente do cérebro, que está muitas vezes associado ao atraso mental. Na microcefalia, o tamanho da cabeça da criança é significativamente inferior à média, se comparada com crianças da mesma idade e sexo.

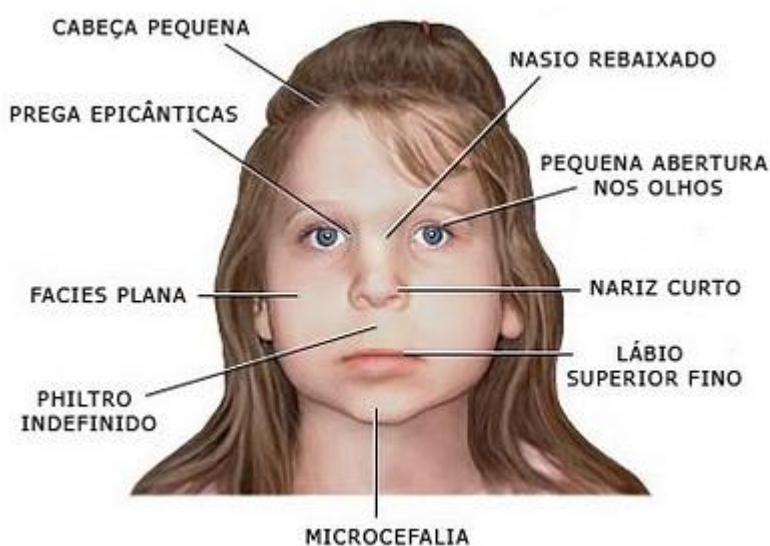


Ilustração 1 – Características físicas da criança com SAF

As crianças afectadas pelo álcool durante a gestação apresentam anomalias neurológicas, irregularidade no crescimento e perturbações de comportamento, hiperactividade e défice de atenção, problemas no processo de aprendizagem e memória.

O sistema nervoso é o mais afectado e o quociente de inteligência (QI) pode variar de criança para criança, entre os 60 e 80% (e-drogas, 2009).

Em termos comportamentais, as crianças com SAF apresentam problemas na fala e na comunicação, falando demais ou muito rápido, interrompendo o discurso de

terceiros; são desorganizadas e perdem muitas vezes os objectos de pertença; muito facilmente alteram o humor e reagem de forma impulsiva e extrema; têm dificuldades motoras, por exemplo em jogos desportivos; dificuldades em iniciar tarefas e completá-las, na atenção e no desempenho escolar; como consequência da ausência de capacidades para avaliar a melhor forma de agir, as interações sociais são problemáticas.

A investigação feita na Suíça demonstra que os efeitos da exposição pré-natal ao álcool prevalecem ao chegar à idade adulta “e conduzem a uma redução de oportunidades de emprego e da capacidade de viver de forma independente” (Manz, s/data). Foram estudados 37 sujeitos durante vinte anos aos quais foi diagnosticada a SAF, na infância ou idade adulta e concluíram que as características faciais provocadas pela influência pré-natal do álcool diminuíram ao longo do tempo. Por outro lado, o tamanho reduzido da cabeça e o subdesenvolvimento do lábio superior persistiram. Enquanto nos homens permaneceu a estatura baixa e o peso reduzido, nas mulheres foi identificado excesso de peso. Além de tudo isto, verificaram uma situação de persistência na incapacidade intelectual, limitação nas opções ocupacionais ou laborais e diminuição da probabilidade de viverem de forma independente, assim como um aumento significativo de problemas comportamentais.

Os sujeitos com SAF podem ter dificuldades em distinguir o que está certo ou errado, não saber lidar com dinheiro, não evoluir e aprender com os erros e daí estar sempre a cometer os mesmos erros. Muitas vezes, desistem da escola por se sentirem frustrados e incompreendidos, entram no mundo do crime e, não aprendendo com os erros, dificilmente saíam deles. São incapazes de controlar as próprias emoções, formando amizades mais facilmente com gente desconhecida, uma vez que não fazem distinção do carácter das pessoas; não controlam o impulso, não fazem julgamentos ricos e apresentam imaturidade no relacionamento social.

À medida que o portador da SAF vai desenvolvendo cronologicamente, as dificuldades de atenção e a hiperactividade revelam-se mais aparentes e como as características faciais se vão alterando com o tempo, será mais fácil suspeitar da SAF entre os cinco e sete anos de idade. Estes traços faciais tornam-se mais subtis na idade adulta.

A SAF é uma condição que acompanha os doentes para toda a vida.

4.2. Áreas afectadas no cérebro com SAF

A maioria das pessoas que não têm informação sobre a SAF vê estas características como problemas de comportamento quando, na verdade, são sinais de lesões persistentes no cérebro. Durante a gravidez, a ingestão de álcool pode provocar lesões no cérebro do bebé.

Área	Função
Hipocampo	Aprendizagem e memória
Gânglios da Base	Movimento
Cerebelo	Equilíbrio, postura e emoções
Hipotálamo	Temperatura corporal, emoções, fome, sede e ritmos biológicos
Tálamo	Integração sensorial e integração motora
Córtex	Pensamento, movimento voluntário, linguagem, julgamento e percepção
Área Septal	Emoção
Corpo Caloso	Ligação entre o hemisfério esquerdo e o hemisfério direito

Tabela 1 – Áreas afectadas do cérebro e respectivas funções.

Por exemplo, no cérebro de um sujeito normal o corpo caloso fica intacto, ao contrário de um caso de SAF, em que o cérebro é marcado pela ausência dessa ligação entre os dois hemisférios, como pode verificar-se na ilustração seguinte.



Ilustração 2 – Cérebro normal e cérebro de um sujeito com SAF.

4.3. *Exames médicos*

As grávidas alcoólatras “devem ser encaminhadas para programas de reabilitação de abuso de álcool e monitorizadas atentamente durante a gestação” (Wikipédia). Os grupos de apoio podem ajudar estas mulheres no sentido em que vão partilhar experiências com outras mulheres na mesma situação.

No período pré-natal, sendo a grávida acompanhada por um médico, esta deverá fazer alguns exames que ajudarão a detectar deficiências ou atrasos na formação e crescimento do feto.

A ecografia obstétrica, por exemplo, permite verificar a idade do feto, a posição da placenta e do feto, a dilatação do útero e dos ovários, problemas na placenta, um tumor ou uma gestação ectópica, na qual o ovo que é fertilizado se instala num tecido exterior ao útero e à placenta. Esta gestação pode ocorrer no colo uterino, no abdómen ou no ovário, sendo o local mais comum nas trompas de Falópio.

Para analisar as regiões cerebrais mais comprometidas pela acção do álcool no desenvolvimento embrionário, podem ser utilizadas as imagens da encefalografia, da polissonografia, da ressonância magnética e da tomografia.

Um electrocardiograma feito à criança será muito útil para confirmar a presença de uma doença cardíaca.

4.4. *Diagnóstico da SAF*

A avaliação precoce permite que indivíduos afectados sejam correctamente reconhecidos para que a intervenção precoce possa ser implementada. Esta pode ser revigorante relativamente a resultados para estes indivíduos e respectivas famílias. Como tal, Dr. Burd, referido por Riley (2012), afirma que a SAF “é uma condição crónica” e que “são necessárias avaliações contínuas” a par das etapas de desenvolvimento.

Um diagnóstico ajuda os profissionais de saúde a interagir com rapidez, possibilita a recolha e comparação de dados sobre incidência e prevalência e permite que o indivíduo recorra a serviços baseado num diagnóstico específico, tais como a educação especial e atendimento especializado na saúde.

No diagnóstico da SAF deve ser incluída a avaliação psicopedagógica para posterior construção de estratégias de intervenção pedagógica.

As características da SAF são diferentes em cada criança, isto é, não há uma criança que reúna todas as características da SAF ao mesmo tempo e cada criança sofre de um determinado conjunto de efeitos.

Ann Streissguth, especialista no comportamento relacionado com a SAF, afirmou que é “triste ver que muitas crianças passam pela vida sem que seus males sejam detectados. É preciso ter muita experiência para reconhecer a síndrome, mesmo nos gravemente retardados” (Steinmetz, 1990). Portanto, a identificação da síndrome em qualquer criança não é fácil, uma vez que, tanto a população em geral como a própria comunidade médica não está devidamente informada e consciente desta doença.

Para que se proceda a um diagnóstico correcto da SAF é imperativo que se reúnam algumas informações: conhecimento de que a mãe consome álcool; do passado e história clínica da criança; da história clínica da mãe; dos resultados de um exame clínico criterioso da criança, para identificar as características físicas e neurodesenvolvimentais e elucidar com avaliação própria todas as problemáticas associadas, sendo elas, o atraso no crescimento e desenvolvimento intra-uterino, modificações no sistema nervoso central, neurológicas e no coração, microcefalia, lábio superior fino, entre outras já mencionadas anteriormente.

A lacuna na identificação das características e na aquisição da história de vida é algo que se torna decisivo para um bom prognóstico, uma vez que as crianças com SAF, normalmente, não reagem muito à medicação e são mais resistentes às terapias ocupacionais e introspectivas. Assim, antes de um correcto diagnóstico, as crianças não recebem o tratamento adequado.

Em muitos casos, os diagnósticos errados permanecem até à idade adulta. Esta situação deve-se, em parte, ao facto de que aliado à SAF está a maior probabilidade das mães serem acusadas de negligência e verem as suas crianças entregues a orfanatos, adoptadas depois de um período familiar atribulado, nos primeiros anos de vida. Podem ainda permanecer com a mãe alcoólatra assistindo a experiências fonte de *stress* caso continue a consumir excessivamente. Nestas situações em que os factores ambientais são de uma instabilidade atroz, a identificação precoce das necessidades de desenvolvimento da criança e o atendimento consistente podem ficar comprometidos.

Entre os factores de falha de diagnóstico está o facto dos critérios de diagnóstico não serem específicos e aprovados de forma uniforme, não apresentando um mínimo de características físicas e o grau de atraso no crescimento; os casos de SAF não são todos iguais e não têm comportamentos estereotipados, então o diagnóstico baseado em factores clínicos revela-se pobre; crenças e conhecimentos errados sobre a SAF por

parte de quem contacta com pacientes da SAF que, por exemplo, chegam a pensar que todos os filhos de mães alcoólatras têm a SAF ou que só na classe social e económica baixa podem surgir estes casos; a falta de critérios que distingam bem as variantes relacionadas à SAF.

No diagnóstico deve sempre proceder-se a uma avaliação psiquiátrica da criança, uma vez que as crianças expostas aos efeitos do álcool correm um elevado risco de sofrer de atraso mental.

As Perturbações do Humor têm grande incidência nos casos SAF, pois a área com o papel importante de regular o humor situa-se numa das estruturas possíveis de sofrer alterações estruturais aquando da exposição intra-uterina ao álcool.

4.4.1. Critérios de Diagnóstico da Teratogenia do Álcool

De acordo com os vários estudos realizados até hoje, se houver exposição pré-natal ao álcool, a SAF e as respectivas variantes clínicas podem apresentar:

1. Anatomia facial disforme, com três características mais visíveis:

- Ausência ou imprecisão do filtro nasal, narinas viradas para a frente, lábio superior liso e maior distância entre este e o nariz, comparando com os traços padrão de uma criança sem SAF;
- Tumores vasculares provocados pela proliferação e aglomeração de vasos sanguíneos ou linfáticos (hemangiomas), sem localização específica e estrabismo, mais frequente o convergente;
- Pequenas aberturas das pálpebras, nariz pequeno, microcefalia, face achatada, maxilas recolhidas e prega no epicanto.

2. Crescimento pré ou pós-natal deficiente, no peso e/ou na altura, no 10º percentil ou menos.

3. Irregularidades no sistema nervoso central:

- Estruturais, perímetro cefálico no 10º percentil ou menos;
- Neurológicas: actividade prática abaixo da expectativa para a idade (dificuldades de aprendizagem, na linguagem, na atenção e na memória);
- Outras capacidades relativas à inteligência, com deficiência no desenvolvimento nas questões sociais, comportamento, motricidade e hiperactividade (Grinfeld, 2005).

Assim, é extremamente importante que se verifiquem no mínimo três alterações na face e haja informação documentada das falhas de crescimento e das irregularidades neurológicas, para que o diagnóstico se figure suficientemente consistente aos olhos dos clínicos e investigadores.

4.4.2. Critérios de Diagnóstico das Desordens do Espectro Alcoólico Fetal (DEAF) – Institute of Medicine Revisto (Grinfeld, 2005)

É extremamente relevante definir os critérios de diagnóstico para os médicos, professores e familiares dos portadores da SAF.

Vários estudiosos e investigadores já contribuíram em muito para definir as características precisas para o diagnóstico destes sujeitos. No entanto, existem dois protocolos de critérios de diagnóstico divulgados para avaliar e classificar as crianças expostas ao álcool no período pré-natal.

Em 1996, o Instituto de Medicina dos EUA apresentou o primeiro protocolo, propondo cinco categorias de diagnóstico para a SAF e os efeitos interligados ao álcool.

Em 2005, esse conjunto de cinco critérios foi aperfeiçoado e a divisão dos critérios passou para seis categorias (Grinfeld, 2005):

1. SAF com exposição materna ao álcool confirmada (requer todos os itens de A a D)
 - A. Confirmada exposição ao álcool.
 - B. Evidência de padrões característicos de irregularidades faciais menores, incluindo mais de dois itens a seguir:
 - I. Fissuras palpebrais pequenas (igual ou menor que 10º percentil);
 - II. Lábio superior vermelho e fino;
 - III. Filtro nasal plano.
 - C. Evidência de atraso do crescimento pré e/ou pós-natal:
 - I. Altura ou peso igual ou menor que o 10º percentil, corrigidos com as particularidades étnicas, se possível.
 - D. Evidência de deficiências no desenvolvimento neurológico ou irregularidades morfogénicas, incluindo igual ou maior do que um dos itens citados abaixo:
 - Irregularidades estruturais cerebrais;
 - Circunferência da cabeça menor ou igual ao 10º percentil.

2. SAF sem confirmada exposição materna ao álcool
1B, 1C e 1D, conforme o item anterior.
3. SAF parcial com confirmada exposição ao álcool (requer todos os itens de A a C)
 - A. Confirmada exposição materna ao álcool.
 - B. Evidência de padrões característicos de irregularidades faciais menores, incluindo mais de dois itens a seguir:
 - I. Fissuras palpebrais pequenas (igual ou menor que o 10º percentil);
 - II. Lábio superior vermelho e fino;
 - III. Filtro plano.
 - C. Uma das características abaixo:
 - I. Evidência de atraso do crescimento pré e/ou pós-natal:
 - a. Altura ou peso igual ou menor que o 10º percentil, corrigidos com as normas raciais, se possível;
 - II. Evidência de deficiências no desenvolvimento neurológico ou irregularidades morfogénicas, incluindo igual ou maior do que um dos itens citados abaixo:
 - a. Irregularidades estruturais cerebrais;
 - b. Circunferência da cabeça menor ou igual ao 10º percentil.
 - III. Evidência de um complexo padrão de irregularidades cognitivas e comportamentais que são inconsistentes com o nível de desenvolvimento e não podem ser explicadas apenas por predisposição genética, herança familiar ou causa ambiental:
 - a. Este padrão inclui deficiências no desempenho de tarefas complexas (resolução de problemas complexos, planeamento, julgamento, abstracção, cognição e tarefas aritméticas);
 - b. Deficiências na linguagem receptiva e expressiva e perturbações de comportamento (dificuldades nos hábitos pessoais, fragilidade emocional, disfunção motora, desempenho escolar pobre e dificuldades na interacção social).
4. SAF parcial sem confirmada exposição materna ao álcool
3B e 3C, conforme o item anterior.
5. Perturbação congénita relacionada com o álcool (DCRA)
(requer todos os itens de A a C).
 - A. Confirmada exposição materna ao álcool.

B. Evidência de padrões característicos de irregularidades faciais menores, incluindo mais de dois itens a seguir:

- I. Fissuras palpebrais pequenas (igual ou menor que o 10º percentil);
- II. Lábio superior vermelho e fino;
- III. Filtro plano.

C. Defeitos estruturais congênitos: uma ou mais categorias a seguir, incluindo malformações e displasias (se o paciente apresentar irregularidades menores, pelo menos duas devem estar presentes).

— Cardíacos: defeitos do septo atrial, anomalias em grandes vasos sanguíneos, defeito do septo ventricular, defeito cardíaco conotruncal;

— Esqueléticos: sinostose radioulnar, defeitos na segmentação vertebral, contraturas articulares, escoliose;

— Renais: rins aplásicos/hipoplásicos, rins com “ferradura”/duplicação uretral;

— Olhos: estrabismo, ptose, irregularidades vasculares na retina, hipoplasia do nervo óptico;

— Ouvidos: perda auditiva condutiva, perda auditiva neurosensorial;

— Irregularidades menores: unhas hipoplásicas, quinto dedo curto, clinodactilia dos cinco dedos, camptodactilia, pregas palmares, erros de refração, orelhas em “estrada de ferro”.

6. Perturbação do neurodesenvolvimento relacionada com o álcool (requer itens A e B)

A. Confirmada exposição materna ao álcool

B. Pelo menos um dos seguintes itens:

I. Evidência de deficiências no desenvolvimento neurológico ou irregularidades morfológicas, incluindo pelo menos um dos citados abaixo:

a. Irregularidades estruturais cerebrais;

b. Circunferência da cabeça menor ou igual ao 10º percentil;

II. Evidências de um complexo padrão de irregularidades cognitivas e comportamentais que são inconsistentes com o nível de desenvolvimento e não podem ser explicadas apenas por predisposição genética, herança familiar ou causa ambiental:

a. Este padrão inclui deficiências no desempenho de tarefas complexas (resolução de problemas complexos, planejamento, julgamento, abstracção, metacognição e tarefas aritméticas);

b. Deficiências na linguagem receptiva e expressiva e perturbações de comportamento (dificuldades nos hábitos pessoais, fragilidade

emocional, disfunção motora, desempenho escolar pobre e dificuldades na interação social).

Esta divisão de critérios anteriormente apresentada tem em consideração o facto de que muitas vezes não é possível obter a história materna aquando do diagnóstico.

O diagnóstico de irregularidades no crescimento e desenvolvimento do feto, provocadas pelo álcool, torna-se dificultado pela discussão acesa sobre os diferentes critérios, portanto é necessário decidir o mais apropriado. Os profissionais de saúde ficam confusos com a multiplicidade e desentendimento de recomendações publicadas desde 1996.

4.4.3. O Código de Quatro Dígitos (4-DIGIT Diagnostic Code)

Esta proposta para diagnóstico da SAF foi desenvolvida pela rede de diagnóstico e prevenção em SAF da Universidade de Washington, em 1997.

Este sistema é considerado um dos melhores, uma vez que relaciona o histórico materno de exposição, deficiências de crescimento, o fenótipo facial da SAF e disfunções do Sistema Nervoso Central (SNC).

É o método mais preciso no diagnóstico da SAF e utiliza métodos quantitativos na avaliação dos vários aspectos, numa escala de 1 a 4: deficiência no crescimento, fenótipo facial, danos no SNC, presença do álcool e a gestação (Kerr-Corrêa, S/data).

Há um conjunto de estudos que demonstram que os médicos podem ser capacitados para aplicar o sistema com alto grau de precisão e confiabilidade.

4.4.4. Diagnóstico Diferencial

A experiência clínica mostra indicadores de que o diagnóstico das DEAF deve ser de exclusão, isto é, não deve ser feito um diagnóstico automático a uma criança que, por exemplo, simplesmente nasceu de uma mãe que consumiu álcool durante a gravidez e apresenta perturbações neurológicas, cognitivas e emocionais. Até porque existem muitas síndromes genéticas e com deficiências que partilham algumas das características da SAF.

A síndrome de Williams caracteriza-se por atraso no crescimento, microcefalia, fendas curtas nas pálpebras e filtro nasal longo e indiferenciado e problemas na aprendizagem e perturbações de comportamento.

As síndromes de Aarskog, Noonan, Dubowitz, Bloom, Turner e Opitz são outras síndromes importantes no diagnóstico diferencial da SAF.

4.5. Tratamento e Intervenção

Os benefícios do diagnóstico e intervenção precoce nas crianças com SAF são conhecidos, mas este processo afigura-se como um desafio para os profissionais de saúde, psiquiatras que lidam directamente com o crescimento e evolução das crianças, uma vez que é difícil identificar as características físicas e a multiplicidade de sintomas.

Por outro lado, para um profissional de saúde que não tenha conhecimento seguro dessas características da SAF, das condições que advêm da exposição pré-natal ao álcool, pode ser difícil diagnosticar a doença.

A incerteza sobre a informação do consumo de álcool pela grávida, a coincidência de sintomas e características com outras síndromes e o desconhecimento sobre a evolução das características clínicas da SAF são factores determinantes no insucesso do diagnóstico.

Sendo assim, para o processo de diagnóstico esteja facilitado é necessário reunir algumas condições e recursos: informações sobre a doença, partilhadas em Congressos da área; apoio logístico das sociedades médicas de Genética Médica, Pediatria e Obstetrícia; critérios concisos e adequados de diagnóstico e evolução; informação sobre os diferentes serviços de encaminhamento; reconhecimento de profissionais experientes no diagnóstico da SAF; apoio da autoridade estatal para as áreas de saúde locais; apoio das organizações de apoio que nada têm a ver com o governo e têm participação activa na ajuda a problemas de dependência química.

Esta síndrome exige o recurso a várias entidades profissionais que trabalhem em parceria de forma sistemática, para edificar com a família, a escola e a comunidade, um conjunto de estratégias e recursos eficaz e duradouro.

É indispensável e inadiável que todo este processo ganhe sentido no seio familiar para que este, sendo o primeiro agente de mudança, possa caminhar lado a lado com os vários profissionais na construção de um projecto alargado e contínuo.

A intervenção deve reconhecer a característica da SAF (ou distúrbios relacionados) de envolver todas as gerações ligadas à gravidez e aos indivíduos que dela advêm, com

início no período pré natal, passando pelo nascimento, primeiros anos de vida, infância, crescimento e desenvolvimento até idade adulta. Assim sendo, é de extrema relevância que se crie um sistema de serviços e cuidados mais coordenado e adequado às grávidas com historial de consumo excessivo de bebidas alcoólicas. Geralmente, as consultas de obstetrícia, psiquiatria, toxicomania e de desenvolvimento não interagem de forma alguma e assim não estão criadas as melhores condições para uma intervenção adequada na prevenção ou tratamento de um próximo filho em risco de sofrer de SAF ou outros distúrbios relacionados.

Reverendo o estado actual dos programas e serviços destinados aos indivíduos com SAF ou com outras deficiências relacionadas ao álcool, é importante perceber a necessidade, antes de mais, de realizar uma avaliação completa das suas necessidades e das famílias ao nível funcional e de serviços.

Para maior eficácia, é imperativa a comparação destes indivíduos com outros que tenham distintas deficiências, com vista à identificação de semelhanças e diferenças entre os dois grupos. Quando houver semelhanças é possível aplicar estratégias já concebidas anteriormente e no caso das diferenças, há que procurar desenvolver novas soluções.

De igual modo, as sugestões para programas e serviços devem ser comparadas com outros já existentes, facultando a associação dos meios existentes e o desenvolvimento de recursos específicos sempre que se revele pertinente.

A avaliação destes programas e serviços deve ser o ingrediente principal de todos os programas de prevenção, intervenção e tratamento.

5. Intervenção Educativa

5.1. Avaliação da SAF

A avaliação das Necessidades Educativas Especiais (NEE) das crianças e jovens que frequentam a escola é um processo de enorme complexidade que se reveste de diferentes dimensões, não devendo concentrar-se somente nos problemas dos alunos, mas também em todos os factores que lhe são externos e possam ser a causa principal das dificuldades que apresentam.

Se o professor utilizar apenas uma classificação médica baseada nos diagnósticos, não terá a informação necessária para proceder a uma avaliação dinâmica, interactiva e

multidimensional das NEE. Faltam os dados relativos aos níveis de funcionalidade e incapacidade do indivíduo e aos factores ambientais passíveis de funcionar como barreira ou facilitador. A CIF permite o cruzamento destes dados vitais e respectivo registo, de forma consistente e comparável internacionalmente.

Com base na CIF, os aspectos a considerar na avaliação são as funções e estruturas do corpo, a actividade e participação e os factores ambientais.

5.1.1. Perfil de funcionalidade do aluno com SAF, por referência à CIF - Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (OMS, 2001)

Funções e estruturas do corpo

Regista dificuldades nas funções da orientação em relação ao tempo (b1140), consciência da data, dia, mês e ano.

Desenvolvimento intelectual geral deficitário grave, encontrando-se abaixo da média comparativamente a crianças da sua faixa etária (b117)

A nível dos processos voluntários da atenção revela deficiências na concentração por um tempo considerado mínimo nos estímulos essenciais para a execução das tarefas (b1400)

É bastante disperso em ambientes pouco estruturados em que existam estímulos múltiplos, demonstrando deficiências na divisão da atenção não conseguindo concentrar-se em mais que um estímulo simultaneamente (b1402)

Demonstra deficiências na memória imediata, tendo bastantes problemas no armazenamento a curto prazo de dados em processamento, não conseguindo organizar cognitivamente de forma adequada as informações codificadas (b1440)

O registo alargado de informações necessárias para a resolução de tarefas é também deficitário, não as conseguindo conservar e consolidar a longo prazo para serem estrategicamente utilizados no futuro (b1441)

Manifesta problemas na resolução de problemas que impliquem sistematização e planificação de tarefas, descoberta de meios e fins, apresentando raciocínio desorganizado sem inferências (b1646)

No domínio das funções da linguagem, manifesta deficiências na compreensão e interpretação de mensagens orais (b16700) e escritas (b16701). As aptidões envolvidas na produção de mensagens orais (b16710) e escritas (b16711), são deficitárias, com

dificuldades na expressão de ideias e conhecimentos, situação bastante relacionada com um vocabulário pobre para a idade e problemas acentuados nas competências simbólicas de leitura e escrita.

Demonstra deficiências na produção de sons da fala, nomeadamente na articulação de fonemas (b320). Com comprometimento na produção de fluxo da fala uniforme e ininterrupto, associado às funções de fluência da fala (b330).

Actividade e participação

O aluno com SAF revela dificuldades na aprendizagem básica de imitar ou copiar (d130), nomeadamente as letras do alfabeto.

Demonstra dificuldades na aprendizagem de acções básicas para decifrar símbolos, caracteres, letras e palavras (d140).

Apresenta dificuldades em adquirir competências para escrever palavras e frases (d145).

Revela dificuldades em manter-se atento aos estímulos específicos fundamentais para o processo de aprendizagem (d160)

Demonstra limitações para encontrar soluções para problemas simples não conseguindo utilizar estratégias cognitivas adequadas (d175)

Mostra limitações na realização de acções coordenadas para a resolução de tarefas simples (d2100), sendo pouco autónomo na realização das mesmas, necessitando de muito incentivo e supervisão do professor.

Apresenta limitações na produção de mensagens verbais (d330) e escritas (d345) constituídas por palavras, frases e histórias com significado literal e implícito.

Factores ambientais que funcionam como facilitadores ou como barreiras à participação e à aprendizagem

Demonstra problemas sociais: amizade imprópria com desconhecidos, comportamento social imaturo (e345).

Relativamente às atitudes dos amigos, conhecidos, colegas, pares e vizinhos, regra geral, o aluno com SAF é bem aceite por todos, é incluído nas brincadeiras e os colegas mostram-se disponíveis para o ajudar (e420+2; e425+2).

5.2. *O contexto escolar*

Depois do diagnóstico feito e identificada a SAF numa criança, esta necessita de acompanhamento e apoio na escola, visto que o ambiente escolar será um verdadeiro desafio. O segredo do sucesso escolar dependerá da avaliação individual adequada a cada criança. Esta deve ser conduzida à integração num ambiente onde possa exercer as suas capacidades e desenvolver acções rotineiras e organizações mentais, para que se crie um ambiente de maior segurança e conforto e futuros desafios de mostrar iniciativa e arriscar.

Desenvolver-se-ão habilidades e competências serão reforçadas, contribuindo para o crescimento da sensação de competência e da qualidade de vida.

Com base na informação individual de cada criança, a escola terá as ferramentas necessárias para criar um ambiente escolar positivo, devendo recorrer a reavaliações, modificações e ajustamentos sempre que necessário, ao longo do tempo. A intervenção educativa é um processo dinâmico constante.

No contexto escolar será necessário seguir na construção de um currículo próprio, funcional, direccionado para os elementos essenciais da vida activa no quotidiano.

O trabalho com a criança tendo como objectivo a promoção das capacidades cognitivas, sendo elas a atenção, a concentração a memória e a percepção, deve ser uma meta a traçar desde o início e trabalhada de forma a ser realmente atingida.

A promoção do autocontrolo em detrimento das reacções impulsivas, da agitação psicomotora e das contracções musculares involuntárias, deve ser um objectivo primordial em todo o processo escolar, para que hábitos desadequados sejam diminuídos em frequência e intensidade e se parta para um reforço dos aspectos positivos.

Trabalhar na aquisição de noções básicas e essenciais de regras e limites em níveis gradativos é imperativo, sendo imprescindível a cooperação entre escola e família no sentido de haver uma consistência e continuação na aplicação das noções, assim como das respectivas respostas e reacções ao cumprimento ou incumprimento das mesmas.

Outra vertente importantíssima a ser talhada é a interacção social. Então, é necessário proporcionar capacidades para o desenvolvimento de relações interpessoais adequadas e conducentes de sentimentos positivos, deixando de parte os comportamentos agressivos.

A impulsividade, outro factor negativo, pode ser combatida desenvolvendo formas de lidar com a frustração e de controlar as emoções negativas.

Elevar a auto-estima e a capacidade para resolver os problemas são condições que devem constar do plano de intervenção com estas crianças.

Para que todo o processo de intervenção revele sucesso é necessário formar e apoiar as famílias na aquisição de competências básicas para que sejam capazes de lidar com a criança num ambiente positivo para o seu desenvolvimento.

Embora os cuidados com a educação e atendimento das necessidades educativas especiais dos alunos com SAF sejam relativamente recentes, já se encontram óptimos recursos, principalmente nos Estados Unidos e no Canadá, para auxiliar a prática pedagógica dos professores que trabalham com estes alunos.

5.2.1. O Bom Professor

“A profissão docente exerce-se a partir da adesão colectiva (implícita ou explícita) a um conjunto de normas e valores” (Nóvoa, 1995:18).

O professor é uma pessoa altamente qualificada, caracterizado por esse conjunto de valores e crenças que não podem determinar as escolhas dos alunos, apenas orientá-los. “Educar e ensinar é, sobretudo, permitir um contacto com a cultura, na acepção mais geral do termo; trata-se de um processo em que a própria experiência cultural do professor é determinante” (Sacristán, 1995:67).

A maneira como cada professor ensina está directamente dependente daquilo que é como pessoa quando lecciona: “será que a educação do educador não se deve fazer mais pelo conhecimento de si próprio do que pelo conhecimento da disciplina que ensina?” (Laborit, 1992: 55). Eis-nos de novo face à pessoa e ao profissional, ao ser e ao ensinar. É impossível separar o eu profissional do eu pessoal (Nóvoa, 1992:17).

Ives de La Monnraye (1991), citado por Fernandes (1997:180), diz que o professor deverá não conduzir o aluno mas indicar-lhe o caminho a percorrer, acompanhando-o, ou seja, ensinando-lhe o caminho, sendo indiscutível o facto de pertencer ao aluno percorrê-lo pessoalmente. A atitude que deverá caracterizar o professor deverá ser a de uma razoável distância do aluno, para não o segurar pela mão, visto um tal comportamento do professor tornar-se condição indispensável para que o aluno possa, por ele mesmo, fazer o caminho da aprendizagem.

A actividade de um professor não depende só de si próprio, “devido à existência de influências mais gerais (políticas, económicas, culturais) e à situação de

desprofissionalização do professorado, bem patente na imagem social, na formação de professores e na regulação externa do trabalho docente” (Apple, 1989).

Por outro lado, os professores são os

“protagonistas no terreno da grande operação histórica da escolarização, assumindo a tarefa de promover o valor da educação: ao fazê-lo, criam as condições para a valorização das suas funções e, portanto, para a melhoria do seu estatuto socioprofissional” (Nóvoa, 1995:18).

Este estatuto é dificultado principalmente pelo facto dos professores constituírem “um dos mais numerosos grupos profissionais das sociedades contemporâneas”. Mas, além disso, são também “um dos mais qualificados do ponto de vista académico” (Nóvoa, 1995: 30,31).

“A função dos professores define-se pelas necessidades sociais a que o sistema educativo deve dar resposta” (Nóvoa, 1995: 67). Em função deste factor, o professor tem que definir objectivos, planificar operações, medir efeitos, distinguir formas de avaliação, mas considerando sempre o campo de trabalho em que se insere.

Segundo Fernandes (1997:52),

“a educação, e o professor como agente da mesma, deverá ter em conta dimensões como: a necessidade de ter em consideração todas as potencialidades dos educandos e não apenas a sua inteligência ou memória; o desenvolvimento e fomento de equilíbrio afectivo, familiar e pessoal; a preparação dos educandos para o futuro, tornando-os independentes e conscientes das suas responsabilidades; a criação de hábitos de trabalho e o desenvolvimento da iniciativa e da criatividade dos alunos, da autonomia e corresponsabilidade”.

Numa sala de aula, o professor deverá ter consciência de que a aprendizagem, “efeito de um processo dialéctico entre o que é inato e o adquirido, efectuado num tempo mais ou menos longo, podendo prolongar-se durante toda a vida e sujeito às mais variadas contingências” (Fernandes, 1997:143), não é obra sua mas sim do aluno. Por isso, deverá ser sensível, atento, competente e bom observador, criando condições que gerem motivação, interesse, actividade e investimento por parte dos alunos.

Após vários estudos, Rosemshine e Fusrt, citados por Fernandes (1997:170), identificaram dez comportamentos de ensino que os professores adoptam com índices mais elevados de aprendizagem: utilização de uma linguagem clara e denotativa; adopção de diferentes estratégias de ensino, evitando formas estereotipadas de

intervenção pedagógica; manifestação do gosto e do interesse pelo exercício da função docente; dedicação de mais tempo de ensino às matérias relacionadas com os objectivos de aprendizagem; comentários acerca das actividades dos alunos; proporcionando informações, tanto sobre os aspectos positivos como os negativos; utilização das ideias dos alunos e elogio da sua actividade; cedência aos alunos de muitas oportunidades de prática nas tarefas referentes à matéria de ensino; estruturação da actividade de aprendizagem; questionamento aos alunos sobre as actividades de aprendizagem.

Em relação à eficácia pedagógica, os professores mais eficazes são os que: criam um ambiente positivo na classe e se relacionam com os alunos de forma humana; apresentam um nível de expectativa elevado e apresentam meios para a concretização dos objectivos; informam claramente o que vai ser feito, esclarecem a passagem de um assunto para o outro e evidenciam os pontos mais importantes da matéria; supervisionam com bastante cuidado a actividade dos alunos, controlam o seu progresso e reajustam o ensino em função dos resultados; estabelecem regras e formas concretas explícitas de funcionamento da classe e evitam que haja comportamentos que desconcentrem ou desviem os alunos das tarefas em causa.

Mas, esta sistematização de um tal conjunto de atitudes e comportamentos parecem ignorar as variáveis da personalidade do professor e do aluno, as suas diferentes situações sociais e escolares, o carácter e o temperamento de um e de outros, as suas maneiras próprias de ser, de estar e de comunicar, bem como as necessidades de flexibilidade e adaptabilidade dos tempos modernos.

Qualquer professor não deverá ignorar que cada aluno tem um carácter, um temperamento e uma individualidade próprios, o que os faz manifestar, directa ou indirectamente, diferentes estilos de cognição, de aprendizagem e de interesse por determinadas matérias.

Em forma de síntese, apresento os três AAA identitários dos professores, segundo Nóvoa (1992: 16):

A de Adesão, porque ser professor implica sempre a adesão a princípios e a valores, a adopção de projectos, um investimento positivo nas potencialidades das crianças e dos jovens.

A de Acção, porque também na escolha das melhores formas de agir, se jogam decisões do foro profissional e do foro pessoal.

A de Autoconsciência, porque em última análise tudo se decide no processo de reflexão que o professor leva a cabo sobre a sua própria acção. É uma dimensão

decisiva da profissão docente, na medida em que a mudança e a inovação pedagógica estão intimamente dependentes deste pensamento reflexivo.

Resiliência é uma característica que o professor necessita para fazer face à multiplicidade de factores adjacentes à docência, na medida em que consiste na capacidade de recuperar o padrão de funcionamento após experienciar uma situação adversa, sem que, no entanto, deixe de ser atingido por ela. Esta concepção está associada a que a pessoa resiliente, vivendo sobre uma situação de ameaça ao seu bem-estar pode curvar-se, perder as forças e ainda recuperar (Silva, 2007).

O perfil de um professor resiliente engloba diversos factores, nomeadamente conseguir lidar com as adversidades da profissão e recuperar facilmente depois de uma situação de *stress* ou tensão. Deve ser pró activo, positivo, flexível, concentrado e organizado perante uma situação complexa, de modo a actuar rapidamente com consciência e encontrando soluções.

Existem outros factores que tornam o professor resiliente. Um deles é genético e quanto a esse factor, a educação não pode intervir; o factor cultural, isto é, em culturas mais sujeitas à adversidade o professor desenvolve a sua formação sabendo, desde cedo, encarar os problemas com que se depara; a personalidade, ou seja, o professor resiliente aceita as suas responsabilidades, reconhece os seus erros e retira algo positivo dos mesmos; o ambiente pode ser propício a desenvolver competências resilientes no professor.

O professor resiliente deve ter a capacidade de entender o processo de ensino-aprendizagem de modo a compreender se os alunos estão a assimilar a mensagem. Caso isso não aconteça, o professor deve perceber onde este processo está a falhar e reajustar rapidamente a sua metodologia para facilitar a aquisição de conhecimentos por parte dos mesmos.

5.2.2. O Professor e as suas atitudes face à SAF

Tendo em conta as necessidades que os alunos exigem por parte do professor, cada vez mais o mesmo tem que estar preparado. Assim, o professor resiliente mostra-se capaz de assegurar um ambiente educativo saudável e promotor das potencialidades dos alunos.

Face a uma sociedade em constante mudança, marcada pela agressividade e competitividade, torna-se urgente desenvolver nos indivíduos e instituições educativas

capacidades mais resilientes, para que possam responder eficazmente. Neste sentido, reconhece-se que deverão ser concretizadas profundas alterações na formação inicial de professores, na articulação de saberes e atitudes compatíveis perante uma visão progressista. Neste saberes deverão estão integradas as necessidades educativas especiais, que certamente conduzirão a atitudes favoráveis, acolhedoras e inclusivas.

A atitude do professor face à SAF deverá sempre basear-se na aceitação, dado que se trata de um passo importante para a anulação de atitudes discriminatórias e para a construção de uma sociedade integradora, visto que as atitudes de rejeição e posturas preconceituosas, transmitidas culturalmente, criam barreiras físicas e sociais que dificultam o processo de integração e de ensino-aprendizagem.

O professor que valoriza a aquisição de conhecimentos e progressos académicos pode apresentar mais dificuldades em aceitar alunos que não progridam a um ritmo tido como normal, revelando-se menos resilientes face a estes alunos com SAF.

Um aluno com SAF apresenta deficiência em funções executivas, logo tem dificuldade em manter comportamentos dirigidos para metas, utilizando informações armazenadas na memória de trabalho. O professor pode adoptar estratégias baseadas na orientação visual externa para gerir o seu comportamento.

Conhecendo-se as dificuldades e características destes alunos, importa pois definir estratégias adequadas que permitam uma intervenção pedagógica eficaz. O primeiro aspecto a ter em linha de conta reside na intervenção precoce, pois quanto mais tarde intervirmos mais graves se poderão tornar as dificuldades do aluno. Sabemos que muitos dos danos são permanentes, no entanto, alguns poderão ser suavizados pela intervenção precoce.

No que diz respeito à sala de aula ou das actividades, o ambiente de aprendizagem deve possuir uma atmosfera calma, silenciosa e com poucas distrações. As actividades devem obedecer a uma estrutura básica, começando com exercícios sensoriais que permitam ao aluno a reacção de informação que, por si só, ele não seria capaz de procurar.

O professor que recebe a criança com SAF carece aceitar que ela pode aprender e que a escola lhe é muito útil e enriquecedora. Ao mesmo tempo passa a desenvolver actividades e estratégias para facilitar a sua integração, estimulando-a a cooperar no processo e não esquecendo de sistematizar as actividades, definindo os objectivos imediatos.

Sempre que possível, o professor deve atribuir-lhe mais tempo para cada tarefa, recorrendo maioritariamente a actividades específicas e funcionais, através de um

processo de ensino e aprendizagem personalizado e estabelecer um ritmo adequado para o desenvolvimento do mesmo.

O profissional de educação resiliente perante a SAF, qualidade indispensável, insiste, consoante a idade, na importância de todas as áreas artísticas e expressivas e das actividades rotineiras do quotidiano.

Promover o contacto da turma com o meio exterior à escola, motivar a sua independência, facultando-lhe sentimentos de integridade e autonomia, são objectivos presentes no plano estratégico do professor.

Procurar estabelecer com a família um programa comum é uma atitude de louvar e para o professor que trabalha com alunos com SAF.

O professor pode pensar várias estratégias que façam a diferença para estes alunos, basta que considere as suas limitações ou dificuldades. Por exemplo, para fazer face ao problema de concentração o aluno poderá sentar-se continuamente nos lugares da frente da sala; relativamente a informação a registar, o ideal será facultar uma cópia em papel ao aluno para evitar que se distraia enquanto copia manualmente e para fazer face à geral deficiência da ortografia. Nesta última situação seria pertinente o acesso a um computador na sala de aula.

A melhor atitude a adoptar pelo professor como forma de lidar com os alunos com SAF em situações mais agressivas direccionadas aos colegas é a de retirá-los da actividade em que se encontram e calmamente integrá-los noutra, em detrimento da aplicação de castigos, pois dificilmente entenderiam a razão dos mesmos.

O professor deve ter em consideração o reforço positivo como estratégia para motivar os alunos na continuidade das tarefas. Se por alguma razão o aluno não mostra qualquer resultado há que partir noutras direcções e tentar algo diferente, com base no pressuposto que o aluno aprende sempre, mesmo que em ritmos diferentes.

De acordo com uma investigação realizada por Ribeiro et al. (2010), cujo objectivo consistiu em “posicionar-se criticamente relativamente à inclusão de crianças com NEE nas escolas, ditas, regulares”, os professores com formação em NEE, professores de educação especial, os que trabalham com estes alunos, revelam uma tendência para recorrer a metodologias e estratégias diversificadas e adequadas à SAF, de forma planeada e sistemática. Contudo, os professores do ensino regular parecem basear-se mais na relação social de carácter positivo com o aluno, na estratégia do reforço positivo, sem qualquer tipo de planificação pensada para a causa.

O aluno alvo de estudo nesta investigação está incluído, é aceite e respeitado na escola e no grupo turma, participa nas actividades propostas, expressando alegria e

contentamento. No entanto, a inclusão na acepção real do termo, baseada na diferenciação pedagógica, adaptação curricular e apoio especializado, não se verifica. O aluno está integrado no grupo em termos físicos, quanto ao processo de ensino-aprendizagem ainda está muito por fazer.

Verifica-se ainda uma lacuna na interacção e empenhamento entre professores e familiares do aluno, deveras importante nos casos da SAF. Assim, já se deu início ao percurso para a real inclusão, no entanto, torna-se imperativa a aposta na formação inicial e contínua dos professores com vista ao desenvolvimento e aplicação de recursos adequados às necessidades destes alunos, bem como ao maior envolvimento da família no contexto escolar, lembrando, acima de tudo, a importância destas variáveis no desenvolvimento do aluno com SAF.

5.2.3. Gestão inclusiva das adaptações curriculares

“Não é possível continuar a pensar a educação escolar como um projecto a ser desenvolvido através de intervenções dissociadas dos contextos e das pessoas que nele se encontram envolvidas” (Cosme & Trindade, 2002: 71).

A necessidade de diferenciação de propostas e práticas educativas no contexto escolar deve-se não só à heterogeneidade dos alunos mas também à sua singularidade. Ou seja, são processos que se constroem tendo em consideração os estilos cognitivos e de aprendizagem, os conhecimentos prévios, o património cultural, assim como os diferentes contextos sociais.

Um aspecto importante no papel do professor, como orientador, diz respeito ao conhecimento pessoal dos alunos. As informações particulares respeitantes a cada aluno são úteis para orientar a aprendizagem de cada um.

O professor deve ser visto como um orientador e um facilitador. Este papel consiste em orientar a criança na aprendizagem da descoberta da autocompreensão bem como do significado subjacente a cada exercício, mantendo um ambiente estimulante e de apoio.

Os professores devem avaliar as qualidades e as competências individuais de cada criança, enquanto se mantêm igualmente conscientes das necessidades de cada uma. Quando um professor toma consciência das competências e dos pontos fortes de cada aluno que contribuem para o ambiente de aprendizagem, então os planos de aula podem ser concebidos especificamente para a população em causa, de forma a responder a

cada conjunto de necessidades específicas e a adaptar as condições que tenham mais probabilidades de facilitar a aprendizagem.

Sem o apoio de um professor que pense em termos de um ambiente de aprendizagem centrado no aluno, este pode sentir que é incapaz de realizar as tarefas em causa. De forma que os programas seguidos sejam eficazes, a sala de aula deve ser um local em que as actividades sejam modeladas, realizadas na sua totalidade, avaliadas e ajustadas.

Preparar, aconselhar e orientar são papéis que os professores sempre quiseram assumir e são o que faz com que a educação funcione. Com o novo papel do professor, quanto mais autónomos os alunos se tornam, mais livre o docente está para aconselhar e orientar os discentes no sentido de atingirem níveis mais elevados de aprendizagem.

O professor como orientador procura criar um ambiente de trabalho que funcione como uma equipa, sendo cada um dos seus membros necessário e importante. Um contexto em que a comunidade é mais forte que o indivíduo isolado, sendo este, no entanto, único e especial.

A diferenciação pedagógica pode, sem dúvida alguma, contribuir para enfrentar e gerir as dificuldades de aprendizagem e as necessidades educativas especiais de cada criança.

As dificuldades de aprendizagem são interpretadas como desordens que criam obstáculos ao processo de aprendizagem e que não resultam de deficiência mental ou de perturbações emocionais. São desordens num ou mais processos psicológicos básicos envolvidos na compreensão e no uso da linguagem que se podem manifestar numa aptidão imperfeita de escutar, pensar, falar, ler, escrever, soletrar ou fazer cálculos matemáticos.

Os alunos com necessidades educativas especiais têm capacidades ou problemas que são suficientemente significativos para requerer a intervenção dos serviços de educação especial, para que possam atingir o seu potencial.

A educação inclusiva é o procedimento crucial para educar todas as crianças, com ou sem necessidades educativas especiais, em salas de aula heterogéneas, cujos alunos apresentam diferentes níveis de funcionamento cognitivo ou diferentes resultados numa ou mais competências. Crianças com (des)capacidades “são vistas no século XXI como crianças que conseguem. Conseguem aprender. Conseguem interagir produtivamente com seus pares que não têm incapacidades” (Baker & Brightman, 2009: 11). Os materiais são adaptados, modificados ou alterados para dar resposta às necessidades individuais dos alunos. Permite que os alunos com necessidades educativas especiais

exercçam o seu direito básico de serem educados no mesmo meio educacional dos colegas.

A diferenciação dos planos de trabalho conduz imperativamente à diferenciação dos programas, das práticas e dos instrumentos de avaliação. Neste sentido, os alunos só poderão ser avaliados de forma idêntica entre si se o processo de ensino aprendizagem for também idêntico.

Que sentido faria que um aluno sendo estimulado para determinada aprendizagem com um método diferente, fosse alvo de uma avaliação igual à de outros alunos que realizaram tarefas de nível académico distinto? Ou seja, a diferenciação de percursos educativos obriga à diferenciação das práticas de avaliação.

Assim como o professor deve transmitir ao aluno que mais importante que o saber é perceber como fazer para saber, também o professor precisa pensar em como fazer para permitir ao aluno saber fazer, isto é, o professor deve adaptar todas as condições para facilitar o processo de ensino aprendizagem do aluno, visando sempre as suas necessidades.

Observar, determinar e (re)agir. Este é o caminho que os professores devem percorrer para que o início do processo de ensino e aprendizagem seja a base segura do sucesso educativo para todas as crianças.

5.2.4. Projecto TRIUMF (Teaching & Research for the Identification, Understanding & Management of Fetal Alcohol Syndrome & Effects)

Esta concepção de apoio a crianças com SAF baseia-se em algumas correntes pedagógicas específicas que passam desde o ensino experimental até algumas técnicas de origem oriental, como por exemplo a meditação Tai Chi, incluindo diferentes estratégias terapêuticas como o Neurobiofeedback ou a Integração Sensorial.

De acordo com alguns conselhos apresentados pelos autores do projecto TRIUMF e pelo Guia do Ministério da Educação de British Columbia (Ministério da Educação British Columbia, 1996), uma visão positiva das características dos alunos com SAF traduzir-se-ia nas seguintes ideias centrais:

- Considerando as dificuldades que estes alunos demonstram em planificar e em processar a informação, através de materiais e conteúdos diversificados progredirá ao seu ritmo e de forma sistemática. As complicações relativas ao processamento da informação (atenção e memória) desencadeiam

sentimentos de frustração e, portanto, carecem de frequente reforço positivo, mesmo tratando-se de actividades simples, para que elevem a sua auto estima, auto confiança com base nos incentivos e no reconhecimento do seu sucesso.

- A planificação e estruturação de metodologias de ensino-aprendizagem deve ter presente e valorizar o facto de alguns alunos com SAF revelarem formas de inteligência muito criativas.
- “Os alunos com SAF necessitam, com frequência, de ajudas visuais e/ ou quines-tésicas que os orientem nas suas actividades”. A maioria dos alunos dá provas de que o sucesso aumenta quando não há alteração da organização física e visual da sala em termos de decoração e posições de trabalho, uma vez que são muito sensíveis às características visuais do meio.
- Os alunos em causa apresentam maior capacidade de raciocínio dedutivo do que intuitivo relativo à resolução de problemas, ou seja, possuem alguma dificuldade nas acções de planear e prever. A capacidade de raciocínio dedutivo pode ser rentabilizada em actividades que exijam a tomada de decisões para solucionar determinado problema, não esquecendo de apresentar um pequeno leque de opções.
- Devido às dificuldades de atenção, qualquer estímulo faz com que abandone uma tarefa antes de a completar, situação que lhe provoca sentimento de frustração. Assim, a esfera ambiental de aprendizagem deve produzir poucos estímulos por forma a minimizar os comportamentos de desatenção e de impulsividade ligada à consequente frustração.
- As dificuldades ao nível do intelecto e da linguagem receptiva, muitas vezes associadas a problemas auditivos, implicam dificuldade ou impossibilidade de realizar as tarefas baseadas em instruções verbais. Para que tal obstáculo seja contornado, há que recorrer a auxílio visual e gestual. Da mesma forma, sentem problemas ao nível da expressão de situações abstractas como os sentimentos e emoções, por meio de palavras, e não compreendem a razão disso. Logo, mais uma vez se percebe a importância dos apoios visuais ou gestuais para que sejam capazes de partilhar o que sentem.
- Situações que impliquem mudanças nas rotinas representam um problema para estes alunos. Portanto, mudanças ao nível de actividade, de espaço,

ou até mesmo de raciocínio em determinada ideia, devem ser comunicadas com antecedência, evitando assim a confusão e a frustração. O ideal é planejar actividades rotineiras o mais possível, sequenciais, previsíveis para os alunos, de forma a evitar que os alunos sintam a real dificuldade no processamento sucessivo da informação.

- De acordo com as dificuldades ligadas à memória na maioria dos casos, impera a necessidade de pensar um conjunto de recursos que se baseiem na repetição constante e retorno a matérias anteriormente abordadas. Além disto, é essencial facultar-lhes os meios mais adequados à concretização bem sucedida deste processo, como é exemplo a repetição e o treino.

Capítulo 2

Metodologia de Investigação

A metodologia quantitativa, a qual fundamenta este trabalho de investigação, supõe o estudo de fenómenos, a formulação de hipóteses explicativas dos mesmos, a definição de variáveis, a selecção aleatória dos sujeitos de investigação, a verificação ou rejeição das hipóteses mediante a recolha rigorosa dos dados, os quais são depois sujeitos a uma análise estatística para testar essas hipóteses.

1. Objectivos

Perceber de que forma os professores têm consciência da Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) em termos de características escolares;

Analisar a atitude dos professores face à SAF;

Analisar de que forma a atitude dos professores face à SAF varia em função da faixa etária;

Analisar de que forma a atitude dos professores face à SAF varia em função do tempo de serviço.

2. Justificação dos objectivos

Hoje em dia, cada vez mais se toma consciência da diversidade de dificuldades que muitas crianças enfrentam no seu crescimento e desenvolvimento pessoal e no desempenho escolar, incluindo as crianças com SAF. Neste sentido, torna-se pertinente saber até que ponto os professores estão informados, formados e conscientes do seu papel neste processo e preparados para o fazer cumprir-se perante crianças com SAF.

Este estudo pretende, assim, compreender as atitudes dos professores e relacioná-las com os seus conhecimentos nesse tema, tão relevantes para evitar muitos dos problemas que a criança com SAF enfrenta no contexto escolar.

3. Hipóteses e variáveis

H1- as atitudes dos professores face à SAF dependem da faixa etária à qual pertencem. A VI é a idade (operacionalizada nas faixas etárias ≤ 30 anos e ≥ 31 anos) e a VD é o conjunto de atitudes dos professores face à SAF (operacionalizada através de uma escala de atitudes tipo Likert).

H2 – as atitudes dos professores face à SAF dependem do seu tempo de serviço em Educação Especial. A VI é o tempo de serviço (operacionalizada nos grupos “sem tempo de serviço” e “com tempo de serviço” em Educação Especial) e a VD é o conjunto de atitudes dos professores face à SAF (operacionalizada através de uma escala de atitudes tipo Likert).

4. Instrumentos

Utilizaremos um questionário (anexo A) constituído por perguntas de caracterização sociodemográfica para medir as variáveis independentes da H1 e H2.

Será ainda aplicada uma escala para avaliar as atitudes dos professores, constituída por perguntas fechadas. As respostas serão dadas numa escala do tipo Lickert, sendo que metade das afirmações são favoráveis e a outra metade desfavoráveis.

5. Procedimento

Num primeiro momento, editaremos o questionário no programa Google Docs. Num segundo momento enviá-lo-emos por correio electrónico, para os Órgãos de Gestão da Escola Básica 2,3 de Arouca e da Escola Secundária de Arouca, juntamente com um pedido de colaboração para encaminhar o mesmo por todos os colegas docentes da instituição; de seguida para contactos pessoais de professores do ensino público, aos quais pediremos colaboração no sentido de encaminharem o mesmo questionário para o seu grupo de contactos que leccionem no ensino público, independentemente da idade, género ou tempo de serviço, de forma a obtermos uma amostra mais variada.

6. Tratamento da informação

Todos os dados serão tratados estatisticamente através da aplicação do software Microsoft Excel 2010.

Será dada particular atenção às variáveis dependentes que caracterizam os professores com o objectivo de avaliar e compreender a interacção dessas variáveis na influência das suas atitudes face à SAF.

Realizar-se-á também um estudo exploratório dos dados, de forma a avaliar os pressupostos inicialmente estabelecidos.

7. Amostra

A amostra é constituída 54 professores, de ambos os sexos, que exercem funções no 1º, 2º, 3ºCEB/secundário do ensino público, com e sem experiência na Educação Especial.

Capítulo 3

Apresentação dos resultados

1. Caracterização da amostra

A seguir apresentamos a caracterização geral do grupo da amostra.

1.1 Sexo

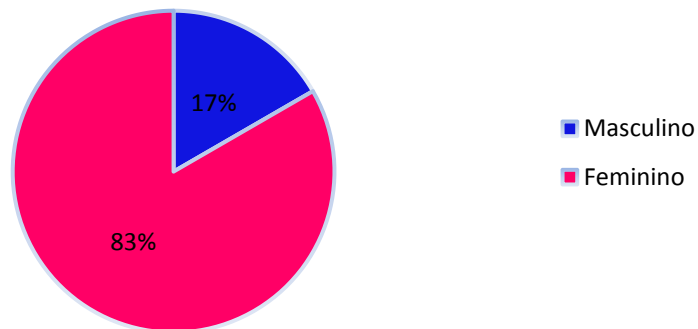


Gráfico 1 – Distribuição da amostra em função do gênero.

A amostra estudada é composta por sujeitos do sexo masculino (17%) e do sexo feminino (83%).

1.2. Idade

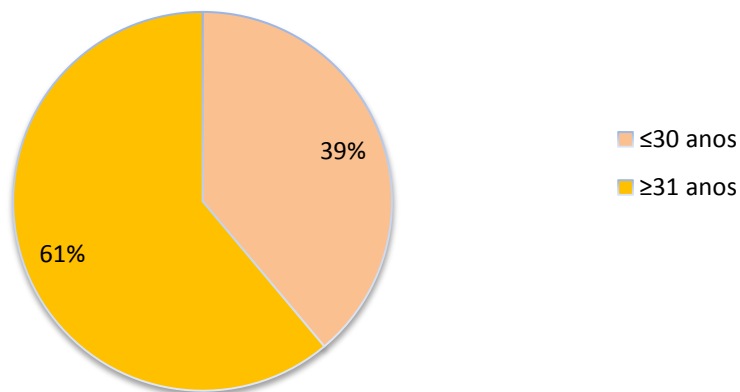


Gráfico 2 – Distribuição da amostra em função da idade.

A população de referência deste estudo distribui-se por dois grupos etários: 39% dos sujeitos têm idade igual ou inferior a 30 anos e 61% têm idade igual ou superior a 31 anos.

1.3. *Nível de ensino*



Gráfico 3 – Distribuição da amostra em função do nível de ensino .

Em termos de nível de ensino em que os sujeitos da amostra leccionam, de acordo com este gráfico, 46% pertence ao 1ºCEB, 37% está no 2º CEB e 17% encontra-se ao nível do 3º CEB e Secundário.

1.4. *Disciplina(s) que lecciona*

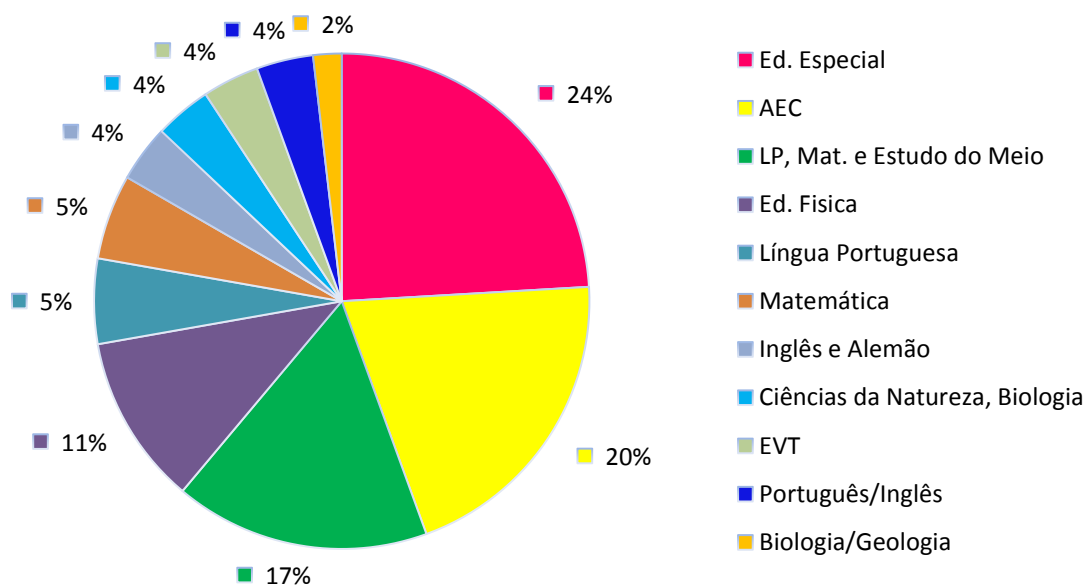


Gráfico 4 - Distribuição da amostra pelas disciplinas que lecciona.

Quanto às disciplinas leccionadas 24% dos sujeitos está na Educação Especial; 20% trabalha nas AEC (Actividades Extra Curriculares); 17% refere-se às áreas curriculares do 1ºCEB, entre as quais Língua Portuguesa, Matemática e Estudo do Meio; 11% enquadra-se na área de Educação Física; 5% dos sujeitos respondeu que lecciona a

Língua Portuguesa e outros 5% a Matemática; em último, as disciplinas de Inglês/ Alemão, Ciências da Natureza/ Biologia, Educação Visual Tecnológica, Português/ Inglês foram referidas por 4% dos sujeitos cada.

1.5. *Habilitações académicas*

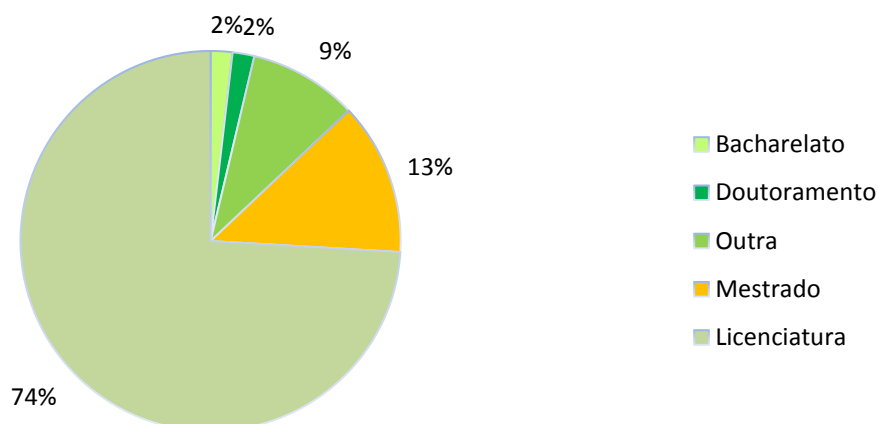


Gráfico 5 - Distribuição da amostra face às habilitações académicas.

De acordo com este gráfico, 74% dos sujeitos da amostra é habilitada de uma licenciatura, 13% dos sujeitos possui mestrado, 9% dos sujeitos indica possuir outra habilitação não especificada, apenas 2% dos sujeitos possui doutoramento e outros 2%, bacharelato.

1.6. *Tempo total de serviço*



Gráfico 6 - Distribuição da amostra face ao tempo de serviço total.

Quanto ao tempo de serviço total dos sujeitos da amostra, este distribui-se por um período igual ou inferior a 10 anos (70%) e um período igual ou superior a 11 anos (30%).

1.7. Tempo de serviço em Educação Especial

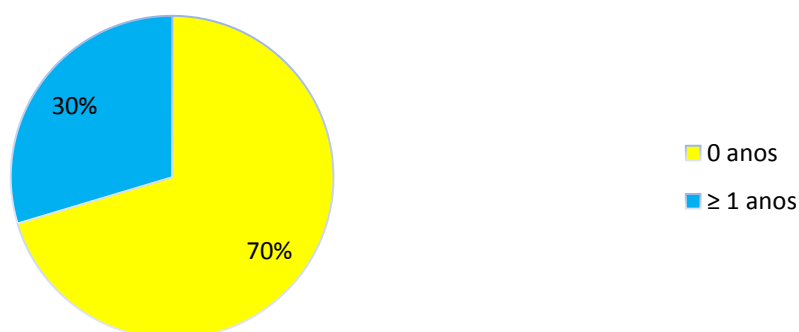


Gráfico 7 - Distribuição da amostra pelo tempo de serviço em Educação Especial

Respeitante ao tempo de serviço em Educação Especial, 70% dos sujeitos da amostra não o tem e 30% dos sujeitos detêm tempo de serviço igual ou superior a 1 ano.

1.8. Meio onde leccionou

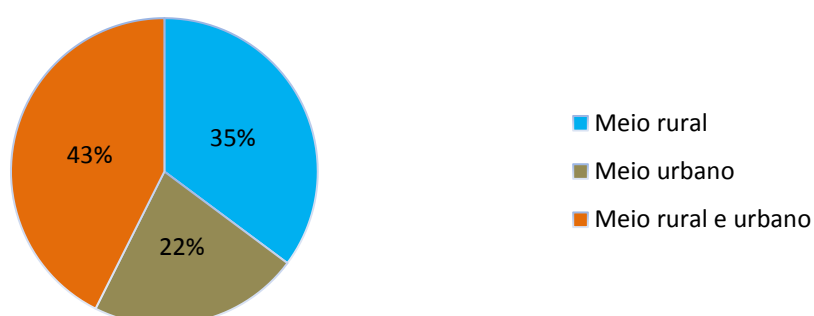


Gráfico 8 - Distribuição da amostra face ao meio onde leccionou.

No que respeita ao meio, 43% dos sujeitos da amostra lecciona no meio rural e urbano, mas 35% revela ter leccionado apenas em meios rurais e 22% apenas em meios urbanos.

2. Caracterização das atitudes no trabalho com a SAF

Seguidamente apresentamos dados relativos à existência ou ausência de trabalho dos sujeitos da amostra com alunos com SAF.

2.1. Trabalho actual com alunos com SAF

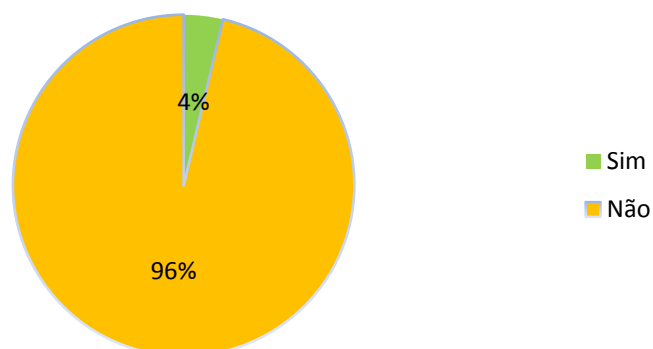


Gráfico 9 - No presente ano lectivo está a trabalhar com alunos com SAF?

No presente ano lectivo, 96% dos sujeitos da amostra não está a trabalhar com alunos com SAF, enquanto apenas 4% dos sujeitos afirma estar.

2.2. Trabalho anterior com alunos com SAF

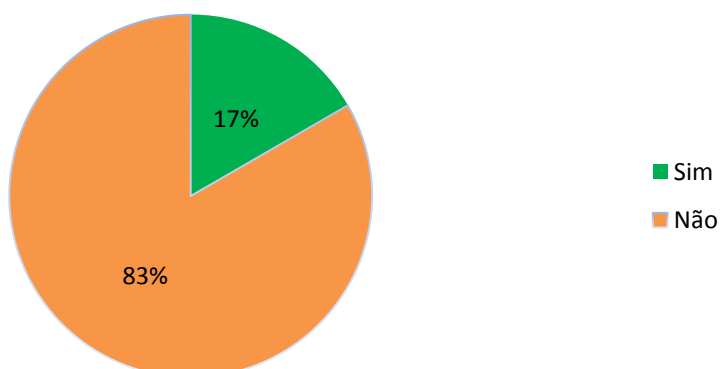


Gráfico 10 - Já trabalhou anteriormente com alunos com SAF?

A maioria dos sujeitos da amostra (81%) não trabalhou com alunos com SAF nos anos anteriores, mas é visível no gráfico que 19% já desenvolveu actividades com estes alunos.

2.2.1. Número de alunos com SAF com os quais já trabalhou

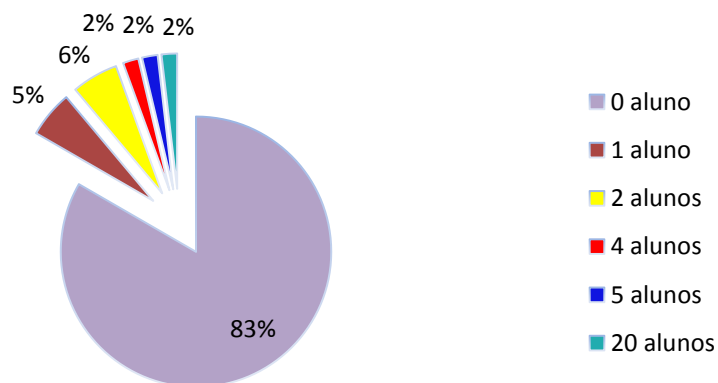


Gráfico 11 - Número de alunos com SAF com os quais já trabalhou.

Como verificamos no gráfico, 6% dos sujeitos da amostra já trabalhou com 2 alunos com SAF, 5% trabalhou com 1 aluno, 2% trabalhou com 4, mais 2% trabalhou com 5, outros 2% trabalhou com 20 alunos com SAF. 83% dos sujeitos da amostra não trabalhou com estes alunos.

2.2.2. Tempo que trabalhou com alunos com SAF

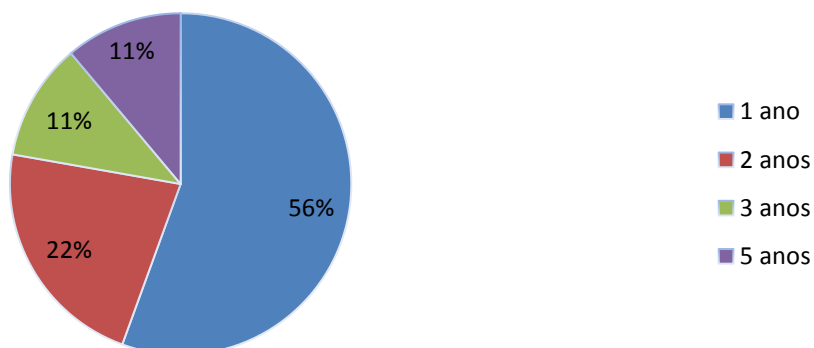


Gráfico 12 - Tempo de serviço com alunos com SAF.

De todos os sujeitos da amostra que já trabalharam com alunos com SAF, 9% trabalhou durante 1 ano, 4% durante 2 anos, 2% ao longo de 3 anos e outros 2% pelo período de 5 anos.

2.2.3. Forma de participação mais utilizada na aula

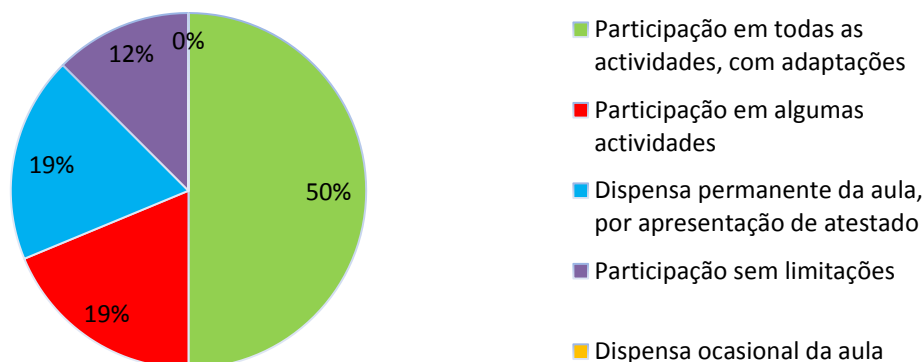


Gráfico 13 - Distribuição da amostra por formas de participação adoptadas com alunos com SAF.

De todas as formas de participação apresentadas, 50% dos sujeitos da amostra que já trabalhou com alunos com SAF, adopta a participação em todas as actividades, com adaptações; 19% promove a participação em algumas actividades; a mesma percentagem (19%) permite a dispensa permanente da aula por apresentação de atestado; 12% aposta na participação sem limitações e não há sujeitos que recorram à dispensa ocasional da aula (0%).

2.2.4. Razão pela qual nunca trabalhou com alunos com SAF



Gráfico 14 - Distribuição da amostra face à razão de não trabalhar com alunos com SAF.

Entre as razões apresentadas como possíveis para o facto dos sujeitos da amostra não terem trabalhado ou não estarem a trabalhar com alunos com SAF está a ausência destes alunos na escola (37%); a falta de oportunidade (33%) e outras razões não especificadas (30%). A falta de habilitações ou de motivação não justificam nunca ter trabalhado nesta área da SAF (0%).

3. Caracterização das atitudes face às características da SAF

Neste ponto, apresentamos os dados sobre as atitudes dos professores em relação ao conhecimento de estratégias para colmatar as necessidades da SAF e em relação ao acesso a materiais de apoio didáctico.

As atitudes são avaliadas de acordo com o grau de concordância, com base na seguinte escala: 1-completamente em desacordo, 2-moderadamente em desacordo, 3-não concordo nem discordo, 4-moderadamente de acordo e 5-completamente de acordo.

3.1. *Penso que os meus conhecimentos são suficientes para lidar com as necessidades educativas dos alunos com SAF*

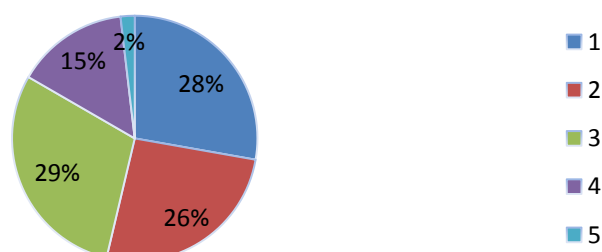


Gráfico 15 - Distribuição da amostra de acordo com o grau de concordância sobre ter conhecimentos suficientes para lidar com as necessidades educativas dos alunos com SAF.

Quanto ao pensar ter os conhecimentos suficientes para fazer face às necessidades educativas destes alunos, 29% não concorda nem discorda, 28% admite-se completamente em desacordo, 26% discorda moderadamente, 15% concorda moderadamente e apenas 2% está completamente de acordo.

3.2. *Penso que sou capaz de remediar os défices de aprendizagem dos alunos com SAF*

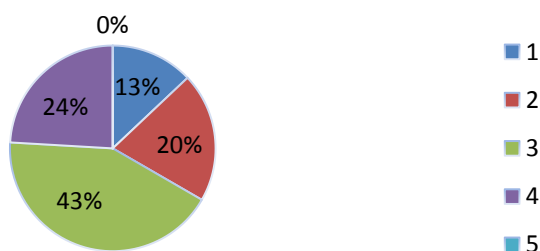


Gráfico 16 - Distribuição da amostra de acordo com o grau de concordância sobre ser capaz de remediar défices de aprendizagem dos alunos com SAF.

Nos sujeitos da amostra 43% não concorda nem discorda sobre ser capaz de remediar os défices de aprendizagem dos alunos com SAF, 24% concorda moderadamente, 20% discorda moderadamente e 13% está completamente em desacordo. Não há sujeitos que concordem completamente (0%).

3.3. *Penso que sou capaz de controlar o comportamento de alunos com SAF*

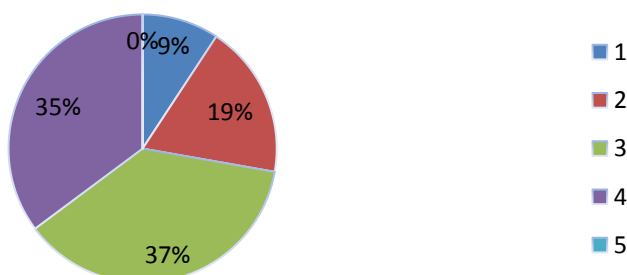


Gráfico 17 - Distribuição da amostra de acordo com o grau de concordância sobre ser capaz de controlar o comportamento de alunos com SAF.

De acordo com o gráfico, 37% dos sujeitos da amostra não concorda nem discorda, 35% concorda moderadamente, 19% discorda moderadamente e 9% discorda completamente. Não há sujeitos na amostra que estejam completamente de acordo com a afirmação (0%).

3.4. Gosto de ter alunos com SAF na minha aula

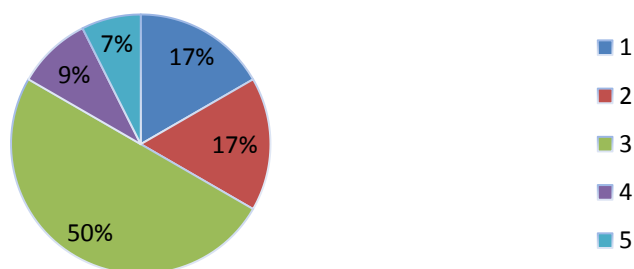


Gráfico 18 - Distribuição da amostra face ao grau de concordância sobre a afirmação "Gosto de ter alunos com SAF na minha aula".

Relativamente ao gostar de ter alunos com SAF na aula, 50% dos sujeitos da amostra não concorda nem discorda, 17% discorda completamente, 17% discorda moderadamente, 9% concorda moderadamente e apenas 7% concorda completamente.

3.5. Penso que os materiais didácticos adequados são acessíveis para eu poder ensinar alunos com SAF

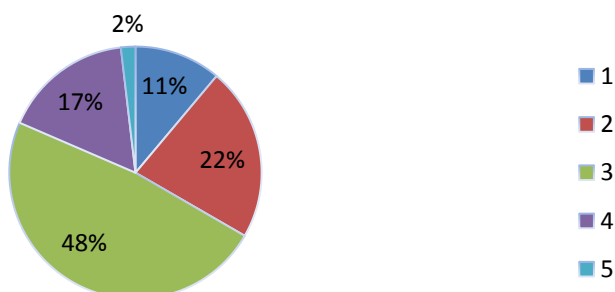


Gráfico 19 - Distribuição da amostra de acordo com o grau de concordância sobre a acessibilidade dos materiais didácticos específicos.

Relativamente ao facto dos materiais didácticos adequados serem acessíveis para poder ensinar alunos com SAF, 48% dos sujeitos da amostra não concorda nem discorda, 22% discorda moderadamente, 17% está moderadamente de acordo, 11% discorda completamente e apenas 2% está completamente de acordo.

3.6. *Penso que os serviços adequados estão disponíveis para me apoiar*

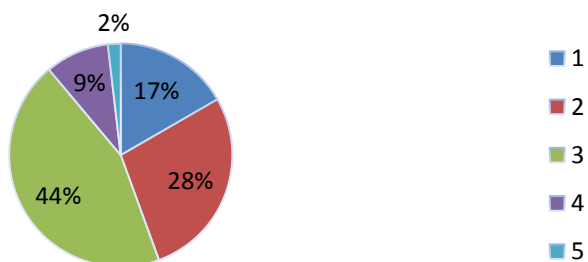


Gráfico 20 - Distribuição da amostra de acordo com o grau de concordância sobre ter os serviços adequados disponíveis para a apoiar.

Segundo este gráfico, 44% dos sujeitos da amostra não concorda nem discorda, 28% discorda moderadamente, 17% discorda completamente, 9% concorda moderadamente e apenas 2% está completamente de acordo.

3.7. *Penso que na escola o orçamento é suficiente para obter materiais de apoio para planificar e trabalhar com alunos com SAF*

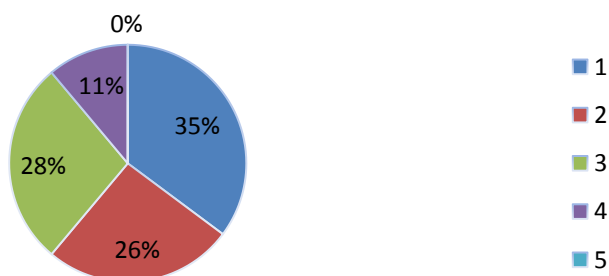


Gráfico 21 - Distribuição da amostra segundo o grau de concordância sobre se o orçamento escolar é suficiente para adquirir materiais de apoio.

Considerando o gráfico, 35% dos sujeitos da amostra está completamente em desacordo de que nas escolas existe orçamento suficiente para obtenção de materiais de apoio à planificação e trabalho com alunos com SAF, 28% não concorda nem discorda, 26% discorda moderadamente e 11% concorda moderadamente, sendo que não há sujeitos na amostra que concordem completamente.

3.8. *Pretendo frequentar acções de formação para alargar os meus conhecimentos acerca da educação de alunos com SAF*

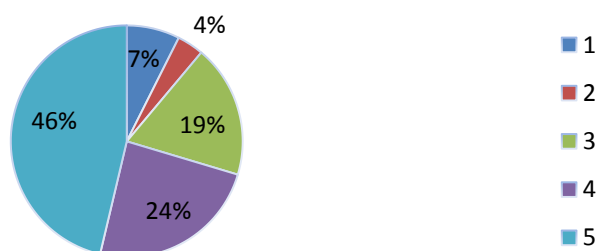


Gráfico 22 - Distribuição da amostra segundo o grau de concordância sobre frequentar formação complementar acerca da educação de alunos com SAF, no futuro.

Quanto à frequência futura de acções de formação sobre a educação de alunos com SAF, 46% dos sujeitos da amostra concorda completamente, 24% concorda moderadamente, 19% não concorda nem discorda, 7% está completamente em desacordo e 4% discorda moderadamente.

4. Caracterização das atitudes dos professores, em função da idade

Neste ponto apresentamos os dados relativos às atitudes dos professores em temas relativos às características da SAF, à diferenciação pedagógica e à inclusão, em função de dois grupos de idades (menor ou igual a 30 anos; maior ou igual a 31 anos).

As atitudes são avaliadas de acordo com o grau de concordância, com base na seguinte escala: 1-completamente em desacordo, 2-moderadamente em desacordo, 3-não concordo nem discordo, 4-moderadamente de acordo e 5-completamente de acordo.

4.1 *Penso que a SAF se deve ao consumo de álcool por parte da mãe durante a gravidez e amamentação*



Gráfico 23 – Grau de concordância relativo à afirmação “A SAF deve-se ao consumo de álcool por parte da mãe durante a gravidez e amamentação”, em função da idade.

Nesta afirmação, 76% dos sujeitos da amostra com idade igual ou inferior a 30 anos está completamente de acordo e 24% está moderadamente de acordo. Entre os sujeitos da amostra com idade igual ou superior a 31 anos, 70% está completamente de acordo, 21% está moderadamente de acordo e apenas 9% não concorda nem discorda.

4.2. *Penso que um aluno com SAF tem dificuldade em completar tarefas*

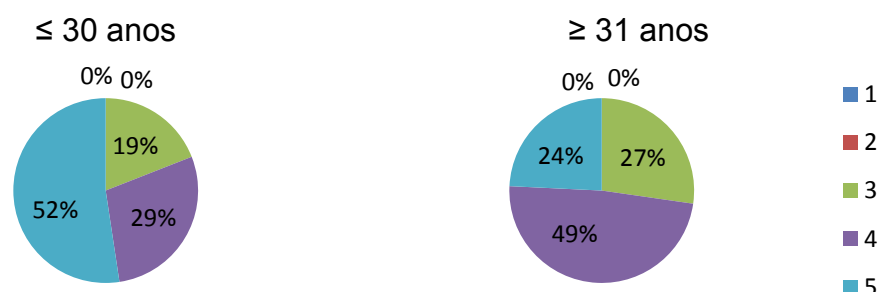


Gráfico 24 – Grau de concordância relativo à afirmação “O aluno tem dificuldade em completar tarefas”, em função da idade.

Dos sujeitos com idade igual ou inferior a 30 anos, 52% está completamente de acordo que o aluno com SAF tem dificuldades em completar tarefas, 29% está moderadamente de acordo e 19% não concorda nem discorda. Dos sujeitos da amostra com idade igual ou superior a 31 anos, 24% está completamente de acordo, 49% está moderadamente de acordo e 27% não concorda nem discorda.

4.3. *Penso que um aluno com SAF pode apresentar dificuldade na fala e na comunicação*

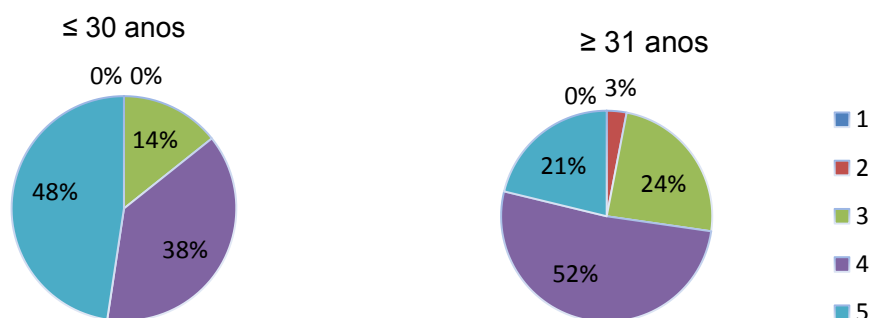


Gráfico 25 – Grau de concordância relativo à afirmação “Um aluno com SAF pode apresentar dificuldade na fala e na comunicação”, em função da idade.

Dos sujeitos da amostra com idade igual ou inferior a 30 anos, 48% concorda completamente que o aluno pode apresentar dificuldades ao nível da fala e da comunicação; 38% concorda moderadamente e 14% não concorda nem discorda. Dos sujeitos com idade igual ou superior a 31 anos, 52% concorda moderadamente, 24% não concorda nem discorda, 21% concorda completamente e 3% discorda moderadamente.

4.4. *Penso que o desempenho escolar do aluno com SAF é pobre*

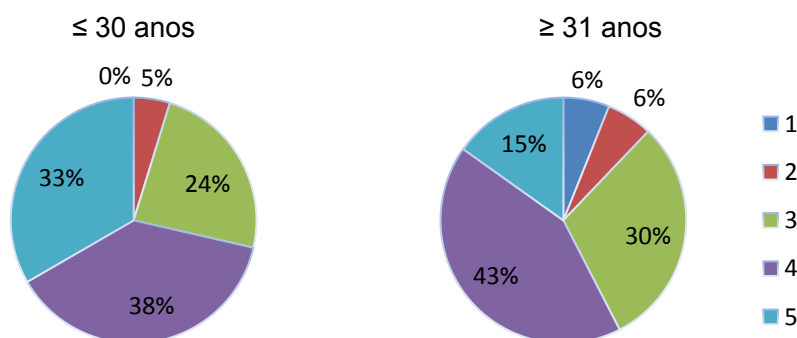


Gráfico 26 - Grau de concordância com a afirmação "O desempenho escolar do aluno com SAF é pobre", em função da idade.

No que diz respeito ao desempenho escolar pobre do aluno com SAF, 38% dos sujeitos da amostra com idade igual ou inferior a 30 anos está moderadamente de acordo, enquanto 33% concorda completamente, 24% não concorda nem discorda e 5% está moderadamente em desacordo. Relativamente aos sujeitos da amostra com idade igual ou superior a 31 anos, 43% concorda moderadamente, 30% não concorda nem

discorda, 15% está completamente de acordo, 6% discorda moderadamente e 6% discorda completamente.

4.5. *Penso que a SAF pode caracterizar-se fisicamente por malformações no corpo, nos órgãos internos e em parte dos sentidos e representa risco de morte*

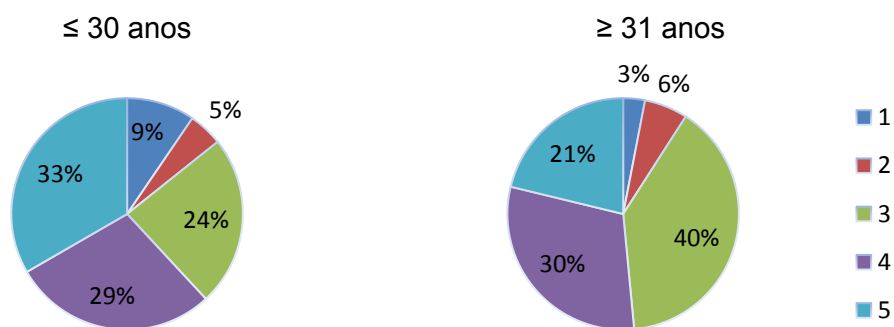


Gráfico 27 - Grau de concordância com a afirmação "A SAF pode caracterizar-se fisicamente por malformações no corpo, órgãos internos e parte dos sentidos e representa risco de morte", em função da idade.

Quanto a esta afirmação, o grau de concordância dos sujeitos da amostra com idade igual ou inferior é o seguinte: 33% está completamente de acordo, 29% está moderadamente de acordo, 24% não concorda nem discorda, 9% está completamente em desacordo e 5% discorda moderadamente. Dos sujeitos da amostra com idade igual ou superior a 31 anos, 40% não concorda nem discorda, 30% concorda moderadamente, 21% está totalmente de acordo, 6% discorda moderadamente e 3% discorda completamente.

4.6. *Penso que os alunos com SAF beneficiarão da interação proporcionada pela inclusão numa sala regular*

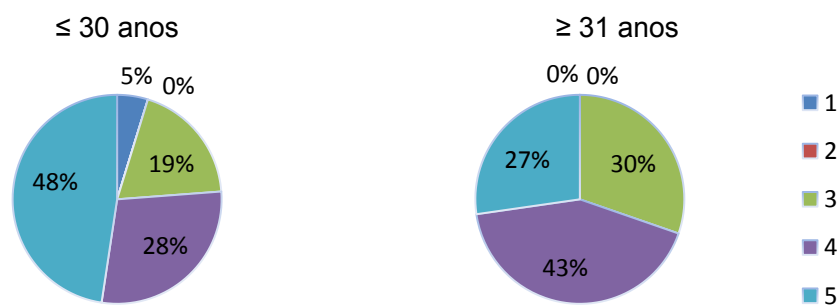


Gráfico 28 - Grau de concordância relativo à afirmação "os alunos com SAF beneficiarão da interação proporcionada pela inclusão numa sala regular", em função da idade.

Relativamente a esta afirmação, dos sujeitos da amostra com idade igual ou inferior a 30 anos 48% está completamente de acordo, 28% concorda moderadamente, 19% não concorda nem discorda e os restantes 5% estão completamente em desacordo. Dos sujeitos da amostra com idade igual ou superior a 31 anos, 43% concorda moderadamente, 30% não concorda nem discorda e 27% concorda completamente.

4.7. *Penso que os alunos sem SAF beneficiarão com a integração de alunos com SAF nas suas turmas*

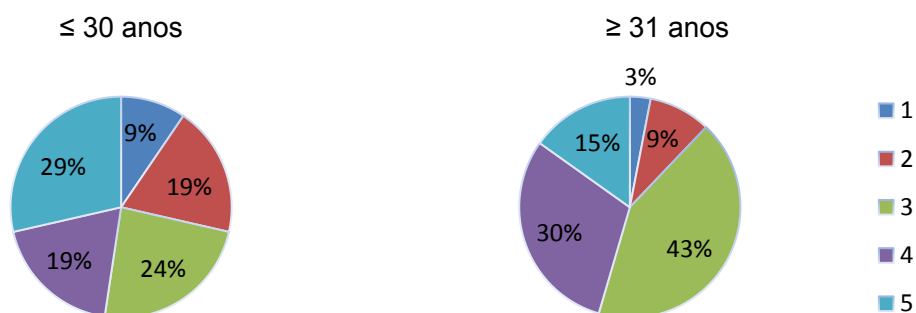


Gráfico 29 - Grau de concordância relativo à afirmação "os alunos sem SAF beneficiarão com a integração dos alunos com SAF nas suas turmas", em função da idade.

Quanto a esta afirmação, o grau de concordância dos sujeitos da amostra com idade igual ou inferior a 30 anos é o seguinte: 29% está completamente de acordo, 24% não concorda nem discorda, 19% está moderadamente de acordo, 19% discorda moderadamente e 9% está completamente em desacordo. Dos sujeitos da amostra com idade igual ou superior a 31 anos, 43% não concorda nem discorda, 30% concorda moderadamente, 15% está totalmente de acordo, 9% discorda moderadamente e 3% discorda completamente.

4.8. *Penso que os alunos com SAF devem beneficiar de uma diferenciação pedagógica, ainda que incluídos no grupo turma*

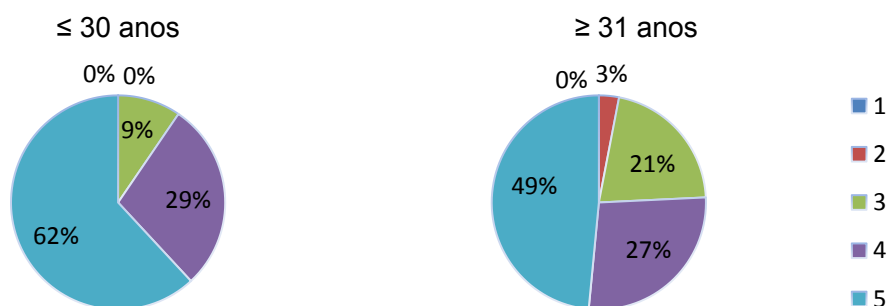


Gráfico 30 - Grau de concordância relativo à afirmação "os alunos com SAF devem beneficiar de uma diferenciação pedagógica, ainda que incluídos no grupo turma", em função da idade.

Relativamente a esta afirmação, dos sujeitos da amostra com idade igual ou inferior a 30 anos 48% está completamente de acordo, 28% concorda moderadamente, 19% não concorda nem discorda e os restantes 5% estão completamente em desacordo. Dos sujeitos da amostra com idade igual ou superior a 31 anos, 43% concorda moderadamente, 30% não concorda nem discorda e 27% concorda completamente.

4.9. *Penso que os alunos com SAF são socialmente aceites pelos seus pares sem SAF*

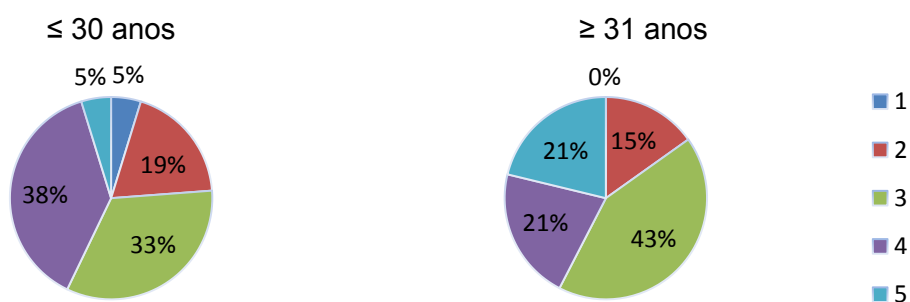


Gráfico 31 - Grau de concordância relativo à afirmação "os alunos com SAF são socialmente aceites pelos seus pares sem SAF", em função da idade.

Dos sujeitos da amostra com idade igual ou inferior a 30 anos, 38% concorda moderadamente, 33% não concorda nem discorda, 19% discorda moderadamente, 5% discorda completamente e 5% concorda completamente. Dos sujeitos da amostra com

idade igual ou superior a 31 anos, 43% não concorda nem discorda, 21% concorda moderadamente, 21% concorda completamente e 15% discorda moderadamente.

4.10. *Penso que os alunos com SAF são humilhados na sala de aula por parte dos colegas sem SAF*

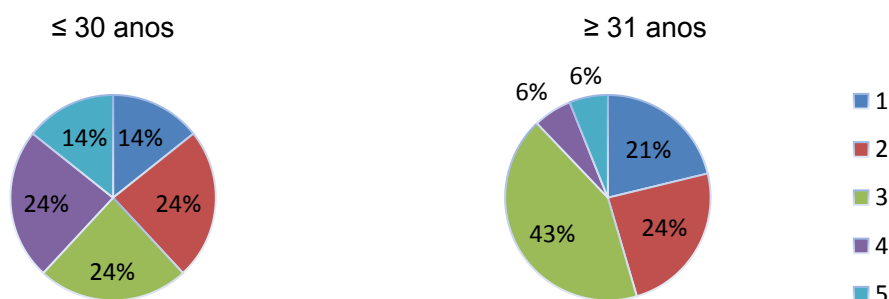


Gráfico 32 - Grau de concordância relativo à afirmação "os alunos com SAF são humilhados na sala de aula por parte dos colegas sem SAF", em função da idade.

Em relação aos sujeitos da amostra com idade igual ou inferior a 30 anos, 24% discorda moderadamente, 24% não concorda nem discorda, 24% concorda moderadamente, 14% concorda completamente e 14% discorda completamente. Dos sujeitos da amostra com idade igual ou superior a 31 anos, 43% não concorda nem discorda, 24% discorda moderadamente, 21% discorda completamente, 6% concorda moderadamente e 6% concorda totalmente.

5. Caracterização das atitudes dos professores, em função do tempo de serviço em Educação Especial (EE)

Neste ponto apresentamos os dados relativos às atitudes dos professores em temas respeitantes às características da SAF, à diferenciação pedagógica e à inclusão, em função de ter ou não tempo de serviço em Educação Especial.

As atitudes são avaliadas de acordo com o grau de concordância, com base na seguinte escala: 1-completamente em desacordo, 2-moderadamente em desacordo, 3-não concordo nem discordo, 4-moderadamente de acordo e 5-completamente de acordo.

5.1 *Penso que a SAF se deve ao consumo de álcool por parte da mãe durante a gravidez e amamentação*

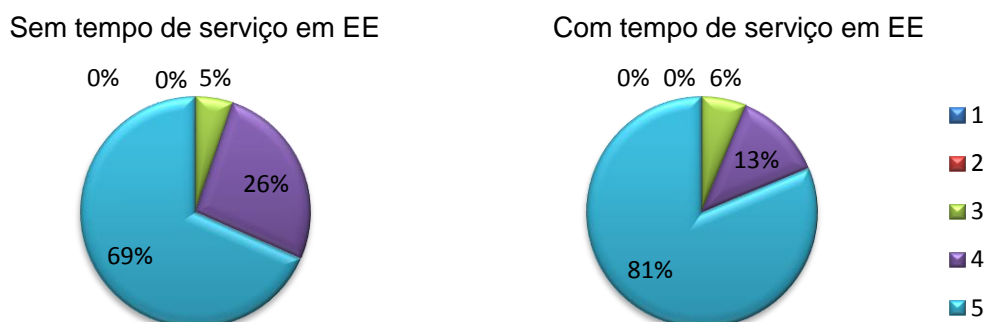


Gráfico 33 - Grau de concordância relativo à afirmação "A SAF deve-se ao consumo de álcool por parte da mãe durante a gravidez e amamentação", em função do tempo de serviço em EE.

Nesta afirmação, dos sujeitos da amostra sem tempo de serviço em EE 69% concorda completamente, 26% concorda moderadamente e 5% não concorda nem discorda. Quanto aos sujeitos da amostra com tempo de serviço, 81% está completamente de acordo, 13% concorda moderadamente e 6% não concorda nem discorda.

5.2 *Penso que um aluno com SAF tem dificuldade em completar tarefas*

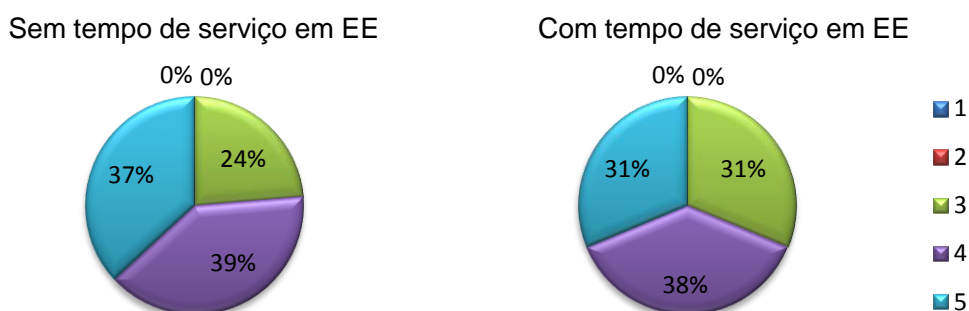


Gráfico 34 – Grau de concordância relativo à afirmação "um aluno com SAF tem dificuldades em completar tarefas", em função do tempo de serviço em EE.

Nesta afirmação, 39% dos sujeitos da amostra sem tempo de serviço em EE concorda moderadamente, 37% concorda completamente e 24% não concorda nem discorda. dos sujeitos da amostra com tempo de serviço em EE, 38% concorda moderadamente, 31% concorda moderadamente e 31% não concorda nem discorda.

5.3. *Penso que um aluno com SAF pode apresentar dificuldade na fala e na comunicação*

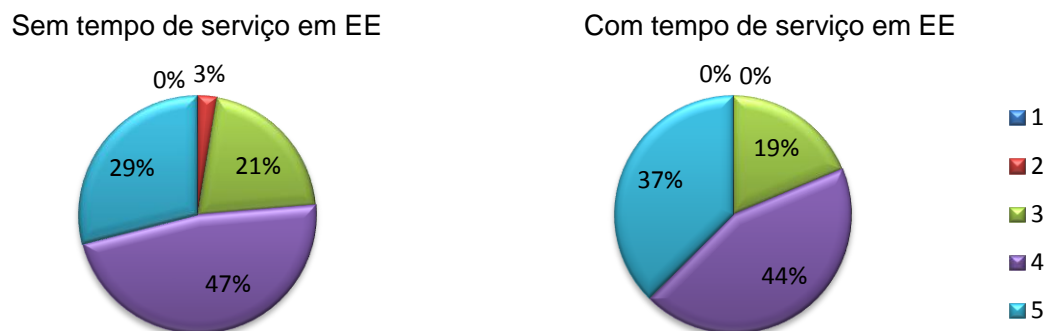


Gráfico 35 – Grau de concordância relativo à afirmação “Um aluno com SAF pode apresentar dificuldade na fala e na comunicação”, em função do tempo de serviço em EE.

Dos sujeitos da amostra sem tempo de serviço em EE, 47% concorda moderadamente, 29% está completamente de acordo, 21% não concorda nem discorda e 3% discorda moderadamente. Dos sujeitos da amostra com tempo de serviço em EE, 44% concorda moderadamente, 37 concorda completamente e 19% não concorda nem discorda.

5.4. *Penso que o desempenho escolar do aluno com SAF é pobre*

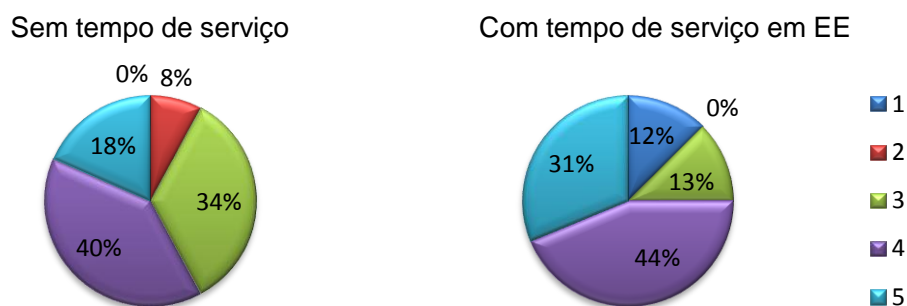


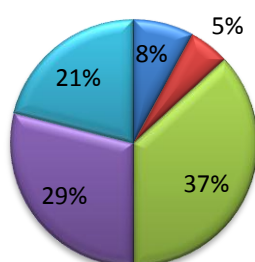
Gráfico 36 - Grau de concordância com a afirmação "O desempenho escolar do aluno com SAF é pobre", em função do tempo de serviço em EE.

No que diz respeito a esta afirmação, 40% dos sujeitos sem tempo de serviço em EE está moderadamente de acordo, 34% não concorda nem discorda, 18% está completamente de acordo e 8% está moderadamente em desacordo. Dos sujeitos da amostra com tempo de serviço em EE, 44% concorda moderadamente, 31% está

completamente de acordo, 13% não concorda nem discorda e 12% discorda completamente.

5.5. *Penso que a SAF pode caracterizar-se fisicamente por malformações no corpo, nos órgãos internos e em parte dos sentidos e representa risco de morte*

Sem tempo de serviço em EE



Com tempo de serviço em EE

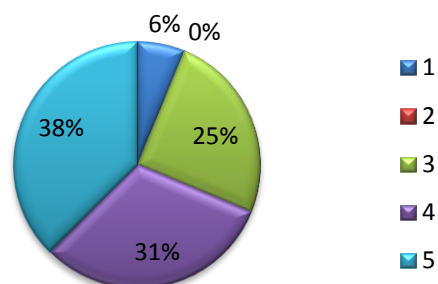
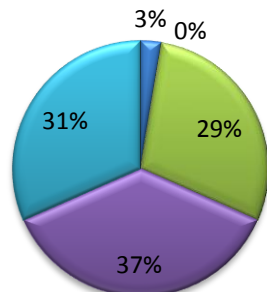


Gráfico 37 - Grau de concordância com a afirmação "A SAF pode caracterizar-se fisicamente por malformações no corpo, órgãos internos e parte dos sentidos e representa risco de morte", em função do tempo de serviço em EE..

Quanto a esta afirmação, o grau de concordância dos sujeitos da amostra sem tempo de serviço é o seguinte: 37% não concorda nem discorda, 29% concorda moderadamente, 21% concorda completamente, 8% discorda totalmente e 5% discorda moderadamente.

5.6. *Penso que os alunos com SAF beneficiarão da interacção proporcionada pela inclusão numa sala regular*

Sem tempo de serviço em EE



Com tempo de serviço em EE

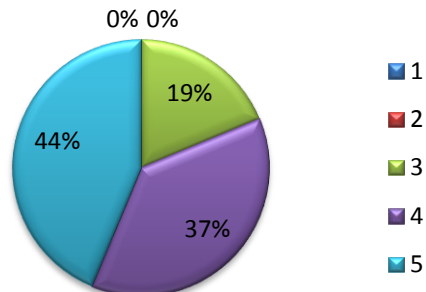


Gráfico 38 - Grau de concordância relativo à afirmação "os alunos com SAF beneficiarão da interacção proporcionada pela inclusão numa sala regular", em função do tempo de serviço em EE.

Relativamente a esta afirmação, dos sujeitos da amostra sem tempo de serviço em EE 37% concorda moderadamente, 31% concorda completamente, 29% não concorda nem discorda e 3% discorda completamente. Dos sujeitos da amostra com tempo de serviço em EE, 44% concorda completamente, 37% concorda moderadamente e 19% não concorda nem discorda.

5.7. *Penso que os alunos sem SAF beneficiarão com a integração de alunos com SAF nas suas turmas*

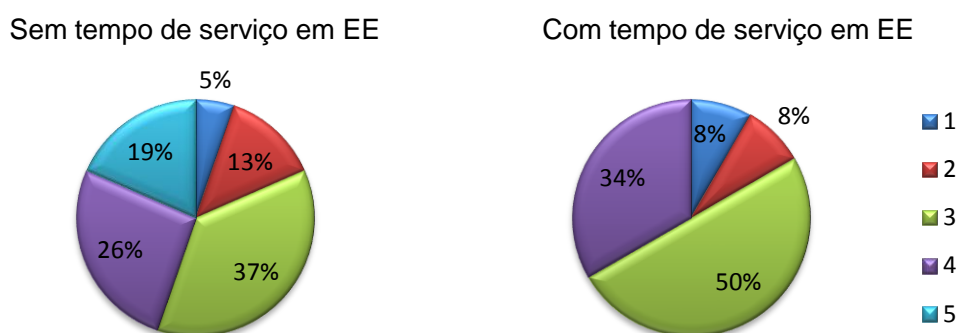


Gráfico 39 - Grau de concordância relativo à afirmação "as alunos sem SAF beneficiarão com a integração dos alunos com SAF nas suas turmas", em função do tempo de serviço em EE.

Quanto a esta afirmação, o grau de concordância dos sujeitos da amostra sem tempo de serviço em EE é o seguinte: 37% não concorda nem discorda, 26% concorda moderadamente, 19% está completamente de acordo, 13% discorda moderadamente e 5% está totalmente em desacordo. Dos sujeitos da amostra com tempo de serviço em EE, 50% não concorda nem discorda, 34% concorda moderadamente, 8% discorda completamente e 8% discorda moderadamente.

5.8. *Penso que os alunos com SAF devem beneficiar de uma diferenciação pedagógica, ainda que incluídos no grupo turma*

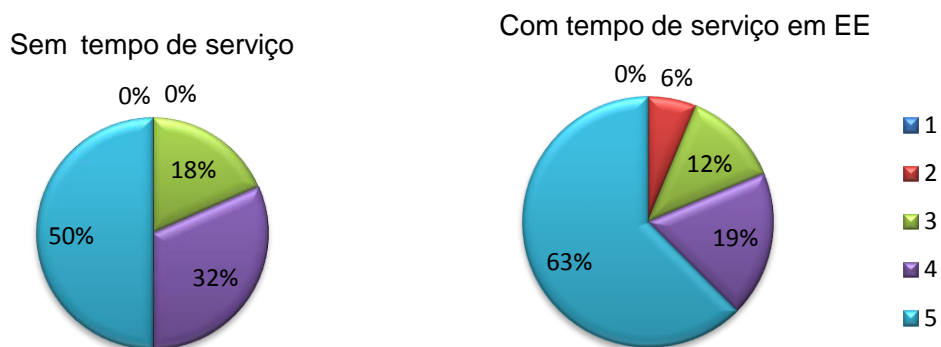


Gráfico 40 - Grau de concordância relativo à afirmação "os alunos com SAF devem beneficiar de uma diferenciação pedagógica, ainda que incluídos no grupo turma", em função do tempo de serviço em EE.

Relativamente a esta afirmação, dos sujeitos da amostra sem tempo de serviço em EE, 50% está completamente de acordo, 32% concorda moderadamente e 18% não concorda nem discorda. Dos sujeitos da amostra com tempo de serviço, 63% está completamente de acordo, 19% concorda moderadamente, 12% não concorda nem discorda e 6% discorda moderadamente.

5.9. *Penso que os alunos com SAF são socialmente aceites pelos seus pares sem SAF*

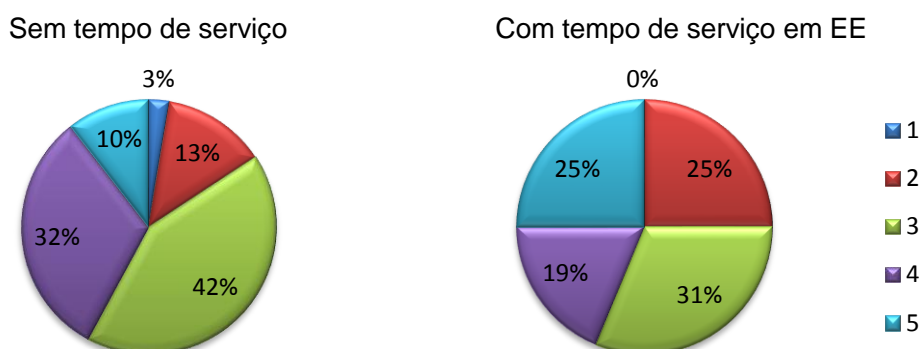


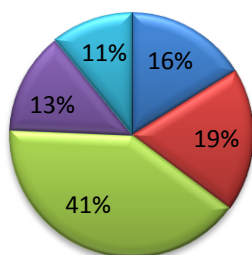
Gráfico 41 - Grau de concordância relativo à afirmação "os alunos com SAF são socialmente aceites pelos seus pares sem SAF", em função do tempo de serviço em EE.

Dos sujeitos da amostra sem tempo de serviço em EE, 42% não concorda nem discorda com a afirmação, 32% concorda moderadamente, 13% discorda moderadamente, 10% concorda completamente e 3% discorda completamente. Dos sujeitos da amostra com tempo de serviço em EE, 31% não concorda nem discorda, 25%

discorda moderadamente, 25% concorda completamente e 19% concorda moderadamente.

5.10. *Penso que os alunos com SAF são humilhados na sala de aula por parte dos colegas sem SAF*

Sem tempo de serviço em EE



Com tempo de serviço em EE

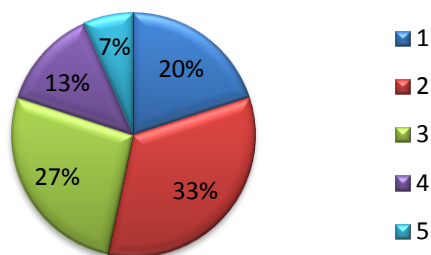


Gráfico 42 - Grau de concordância relativo à afirmação "os alunos com SAF são humilhados na sala de aula por parte dos colegas sem SAF", em função do tempo de serviço em EE.

Em relação aos sujeitos da amostra sem tempo de serviço, 41% não concorda nem discorda, 19% discorda moderadamente, 16% discorda completamente, 13% concorda moderadamente e 11% concorda completamente. Dos sujeitos da amostra com tempo de serviço, 33% discorda moderadamente, 27% não concorda nem discorda, 20% discorda completamente, 13% concorda moderadamente e 7% concorda completamente.

Capítulo 4

Discussão dos resultados

A amostra deste estudo é constituída por sujeitos dos dois géneros, embora maioritariamente feminino (83%), facto que em nada influencia a conclusão do mesmo; a generalidade dos sujeitos tem idade igual ou superior a 31 anos (61%).

A Licenciatura é o grau académico notoriamente mais frequente (74%), os níveis de ensino em que se encontram a leccionar são maioritariamente o 1ºciclo (46%) e 3ºciclo e secundário (37%). As disciplinas a leccionar predominam entre a área de Educação Especial (24%), as áreas das Actividades Extra curriculares (20%) e as áreas do 1º CEB, como a Matemática, Língua Portuguesa e Estudo do Meio (17%).

Quanto ao tempo de serviço na área da educação em geral, grande parte dos sujeitos da amostra estão no patamar igual ou inferior a 10 anos (70%). Por outro lado, 70% dos sujeitos da amostra nunca leccionaram na área de Educação Especial.

Alguns dos sujeitos da amostra têm experiência de ensino apenas em meio rural (43%), outros apenas em meio urbano (35%) e outros ainda nos dois meios (22%). Permite-nos que a amostra seja minimamente comparável entre si neste factor, a fim de haver atitudes baseadas nos diferentes contextos sociais.

No momento da realização da investigação apenas 4% dos sujeitos da amostra se encontra a trabalhar com alunos com SAF e somente 17% já teve contacto directo com alunos desta síndrome. Assim, parte das atitudes reveladas neste trabalho são, ao que estes dados indicam, fruto de conhecimentos teóricos, não baseados na prática em si.

Nesta lógica, 83% nunca trabalhou com estes alunos e dos que trabalharam apenas 2% já tem experiência com um total de 20 alunos. A maioria dos sujeitos da amostra com tempo de serviço em Educação Especial só teve contacto com 2 ou 1 alunos desta síndrome, no total (6% e 5%, respectivamente).

Curiosamente, 37% dos sujeitos da amostra apresenta como factor justificativo de não ter trabalhado ainda com alunos da SAF, a ausência destes nas escolas, enquanto 33% se justifica pela falta de oportunidade. Esta constatação pode estar relacionada com o facto de a SAF ser “uma doença de notificação compulsória e (...) apresentar um diagnóstico difícil” (Mesquita & Segre). Assim, se os casos de SAF não forem identificados, pode ser uma razão para não os “encontrar” nas escolas.

Em geral, o maior período de trabalho com alunos com SAF foi de 1 ano (56%) e, seguidamente, 2 anos (22%). Apenas 11% trabalhou com alunos da síndrome em questão durante 3 e 5 anos (11%).

A forma de participação mais utilizada e defendida por 50% dos sujeitos da amostra para trabalhar com estes alunos é a participação em todas as actividades, embora com adaptações específicas às necessidades dos mesmos. Esta situação vai de encontro ao

que diz Ribeiro et al. (2010: 249), referindo Brofenbrenner, sobre a questão de ser o professor o responsável por adoptar estratégias e “metodologias pedagógicas” diversificadas, adequando-as às limitações, promovendo a “real inclusão do aluno com NEE”.

A maioria dos sujeitos da amostra admite completamente e moderadamente que não possui os conhecimentos suficientes para lidar com as necessidades educativas dos alunos com SAF, 28% e 26%, respectivamente. Uma boa percentagem da amostra abstém-se neste assunto, não concorda nem discorda (29%).

Relativamente à capacidade de remediar os défices de aprendizagem destes alunos, 43% não deu uma resposta concreta (não concorda nem discorda) e apenas 24% concorda moderadamente que detenha essa competência.

Quanto ao ser capaz de controlar o comportamento dos alunos com SAF, a maioria não concorda nem discorda (37%) e apenas 35% dos sujeitos admite moderadamente ser capaz de atingir esse feito.

Este panorama corrobora a ideia expressa por vários autores de que é emergente a necessidade de melhor formar os profissionais da educação sobre estratégias e métodos para intervir com estas crianças de forma eficaz.

A maioria dos sujeitos da amostra, excluindo os que responderam que não concordam nem discordam (50%), dividem-se em dois grupos de 17% cada, em que uma parte afirma completamente não gostar de ter alunos com SAF na sua aula e a outra parte afirma o mesmo, mas moderadamente.

Esta situação pode dever-se ao desconhecimento da síndrome e à falta de formação na área, de recursos e meios disponíveis para intervir com os alunos com SAF, pois neste estudo verifica-se que uma parte significativa dos sujeitos da amostra evidencia algumas lacunas na escola como a falta de orçamento para obter materiais de apoio para planificar e trabalhar nesta área (35%, completamente e 26%, moderadamente) e falta de apoio por parte dos serviços adequados (28%, moderadamente; 17%, completamente).

No final destas ideias serem apresentadas, 46% e 24% dos sujeitos da amostra afirmam pretender frequentar acções de formação para alargar os seus conhecimentos acerca da educação de alunos com SAF (completamente e moderadamente de acordo, respectivamente), o que revela a consciência que estes profissionais têm sobre a formação deficiente nesta área.

Posto isto, a generalidade dos sujeitos da amostra revela ser detentora de muitas dúvidas sobre a SAF, não está ainda devidamente informada e consciente das reais

necessidades dos alunos com vista a uma intervenção pertinente e com resultados positivos.

Através dos resultados apresentados é possível verificar alguma discrepância no grau de concordância entre os sujeitos mais novos e os mais velhos desta amostra. No geral, a percentagem dos sujeitos que revela dúvidas sobre as afirmações relativas às características da SAF em contexto escolar, optando por responder que não concorda nem discorda, é maior entre os professores mais velhos e na maioria das afirmações atinge quase o dobro da percentagem comparativamente aos mais novos. Significa isto que os mais velhos estarão menos informados e não conhecerão tão especificamente esta síndrome.

Na generalidade, nenhum dos grupos etários manifesta grau de concordância unânime.

A SAF é “consequência da acção teratológica tóxico-metabólica do álcool sobre o embrião ou feto em decorrência da ingestão de bebidas alcoólicas pela mãe durante a gravidez” (Lima, 2008) e os sujeitos da amostra em ambos os grupos etários manifestam estar cientes desta realidade: 76% e 70%, entre os professores mais novos e os mais velhos, respectivamente, concordam completamente com a afirmação. No entanto, entre os professores mais velhos, 9% não concorda nem discorda. Este dado vai de encontro ao que foi anteriormente referido. Começa a haver maior consciência da problemática nos mais novos, que estão no período mais inicial da carreira profissional, enquanto no grupo dos professores mais velhos tenderá a persistir a dúvida com maior frequência, talvez pelas falhas da formação académica inicial e contínua.

Quanto ao conjunto de características do aluno com SAF, continua a verificar-se um desfasamento entre os dois grupos etários, em que os professores mais novos evidenciam maior grau de concordância, logo concordam com as características enunciadas.

Na dificuldade em completar tarefas: 52% dos professores mais novos e 24% dos mais velhos está completamente de acordo. Esta característica é contemplada, por exemplo, na CIF (OMS, 2001), em que o aluno com SAF mostra limitações na resolução de tarefas simples, necessitando de incentivo e supervisão (d2100).

Na dificuldade na fala e comunicação: 48% para 21%, completamente de acordo. Segundo a CIF (b320), na SAF o aluno demonstra deficiências na produção da fala, nomeadamente na articulação de fonemas e as aptidões envolvidas na produção de mensagens orais (b16710) e escritas (b16711) são deficitárias.

No desempenho escolar pobre: 33% para 15%, completamente de acordo. 6% dos mais velhos tem uma ideia errada desta característica (discorda completamente), a qual é enunciada por Grinfeld (2005), referindo-se aos critérios de diagnóstico das Desordens do Espectro Alcoólico Fetal.

A SAF pode caracterizar-se fisicamente por malformações no corpo, nos órgãos internos e em parte dos sentidos e representa risco de morte (Kerr-Corrêa et al.): 33% para 21%, completamente de acordo.

Relativamente à inclusão e diferenciação pedagógica, as diferenças anteriores quanto ao grau de concordância repetem-se: quanto ao benefício da interação proporcionada pela inclusão numa turma regular: 48% dos mais novos concordam completamente, enquanto entre os mais velhos apenas 27% partilha a mesma opinião; relativamente ao benefício para as turmas, da integração destes alunos, 29% dos mais novos estão completamente de acordo, mas apenas 15% dos mais velhos pensam o mesmo; referente à diferenciação pedagógica, ainda que incluídos no grupo turma, a diferença entre os grupos etários é de 62% (mais novos) para 49% (mais velhos).

No que respeita ao ser “aceite e respeitado pela turma” inclusiva (Ribeiro, 2010), 38% dos professores mais novos e apenas 21% dos mais velhos, concordam moderadamente que o mesmo acontece. De acordo com a CIF, no geral, os alunos com SAF são bem aceites pelos amigos, conhecidos, colegas, pares e vizinhos, são incluídos nas brincadeiras e os colegas mostram-se disponíveis para ajudar (e420+2; e425+2).

Assim sendo, a Hipótese 1, colocada inicialmente, verifica-se dentro desta amostra, isto é, as atitudes dos professores face à SAF dependem da faixa etária à qual pertencem, em que os professores mais novos apresentam no geral, comparativamente com os mais velhos, atitudes mais consonantes com a realidade da SAF.

Numa panorâmica geral, há diferença de respostas entre os sujeitos da amostra que têm tempo de serviço em EE e os que não têm.

Os primeiros revelam maior grau de concordância com as características da SAF e respectivas envolventes como a inclusão e diferenciação pedagógica. Tal como afirma Ribeiro et al. (2010), permanece “a clivagem e a dicotomização” da Educação Regular, centrado em “conteúdos científicos” e a área de Educação Especial, direccionada para “metodologias de intervenção educativa em casos NEE”: 63% dos professores com tempo de serviço em EE concordam completamente que a diferenciação pedagógica é benéfica e apenas 50% dos professores sem tempo de serviço partilham a mesma opinião.

Continua a verificar-se em todas as afirmações, elevada percentagem do grau “não concordo nem discordo”, sendo que se apresenta com maior intensidade no grupo dos professores sem experiência em EE.

Os sujeitos da amostra com e sem tempo de serviço em EE manifestam estar cientes de que a SAF se deve ao consumo de álcool pela mãe durante a gravidez e amamentação, embora se verifique diferença na dimensão da resposta: 81% e 69%, respectivamente.

Quanto ao conjunto de características do aluno com SAF, continua a verificar-se um desfaseamento entre os dois grupos, em que os professores com tempo de serviço em EE evidenciam maior grau de concordância, logo concordam com as características enunciadas. Na dificuldade em completar tarefas: 37% dos professores com experiência em EE e 24% sem experiência está completamente de acordo; na dificuldade na fala e comunicação: 47% para 44%, completamente de acordo; no desempenho escolar pobre: 31% para 18%, completamente de acordo. 12% dos professores com tempo de serviço tem uma ideia errada desta característica (discorda completamente); a SAF pode caracterizar-se fisicamente por malformações no corpo, nos órgãos internos e em parte dos sentidos e representa risco de morte: 38% para 21%, completamente de acordo.

Relativamente à inclusão, as diferenças anteriores quanto ao grau de concordância repetem-se: quanto ao benefício da interação proporcionada pela inclusão numa turma regular: 44% dos professores com tempo de serviço em EE concordam completamente, enquanto entre os que não possuem tempo de serviço em EE apenas 31% partilha a mesma opinião; relativamente ao benefício da integração destes alunos para as turmas: 34% com tempo de serviço e 26% sem tempo de serviço estão moderadamente de acordo. A educação inclusiva é o procedimento crucial para educar todos os indivíduos em salas de aula heterogêneas, com diferentes níveis de funcionamento cognitivo. Estes indivíduos conseguem interagir proveitosamente com os que não têm SAF (Baker & Brightman, 2009).

No que respeita à aceitação social por parte do grupo e dos pares, 25% dos professores com tempo de serviço em EE e 13% dos que não têm discordam moderadamente que o mesmo acontece.

Desta forma, a Hipótese 2, colocada inicialmente, verifica-se dentro desta amostra, isto é, as atitudes dos professores face à SAF dependem do seu tempo de serviço em Educação Especial, em que os professores com tempo de serviço nesta área apresentam atitudes em maior grau de concordância com a realidade da SAF, comparativamente com os professores sem tempo de serviço na mesma área.

Capítulo 5

Conclusão

Os resultados obtidos com esta investigação deixaram bem presente que o professor actual está no bom caminho mas ainda carece de formação profissional mais completa e adequada à intervenção junto de indivíduos com necessidades educativas especiais, especificamente com SAF, para aperfeiçoar e actualizar conhecimentos e competências indissociáveis das características físicas, psicológicas, cognitivas e sociais inerentes a estes indivíduos.

Para fazer face às necessidades de cada aluno como ser individual na sua caracterização e estilo de aprendizagem, o professor precisa pensar num conjunto de estratégias de intervenção educativa, organizadas para implementar um projecto de diferenciação pedagógica, e instrumentos capazes de contribuir para o desenvolvimento de programas de avaliação diferenciada. O professor de Educação Especial revela, de acordo com os dados obtidos nesta investigação e com Ribeiro et al. (2010), uma tendência para recorrer a metodologias diversificadas, diferenciadas e adequadas à SAF, recorrendo a planificações organizadas e sistemáticas, enquanto que o professor do ensino regular parece preocupar-se em reunir as condições necessárias para que se relacionem de forma positiva, sem qualquer planificação elaborada previamente.

É necessário adaptar o currículo, o número de conteúdos que o aluno deverá adquirir, ajustar o tempo para determinada aprendizagem ou tarefa e de apoio individualizado, adaptar o método de trabalho e ensino ao estilo de aprendizagem, o nível do aluno aos diferentes graus de dificuldade das tarefas, gerir a participação activa de um aluno em determinada actividade, adaptar os objectivos numa mesma tarefa e fornecer diferentes formas de ensino tendo em conta as (des)capacidades dos alunos (Fernandes, 1997). Fundamentalmente adaptar os métodos e técnicas do processo de ensino aprendizagem ao público-alvo, alunos com a SAF, de forma a permitir que cada um possa evoluir nas suas capacidades.

Quando o professor está consciente das capacidades e necessidades do aluno, mais eficazmente se torna capaz de responder às mesmas, seja através de actividades diferentes ou adaptadas, de métodos e estratégias diversificados, facilitando e facultando as melhores condições de aprendizagem. Para que tal aconteça falta, então, a aposta dos órgãos competentes na informação e

formação dos novos profissionais do ensino e na reestruturação da formação inicial e contínua.

Há ainda um longo trabalho a fazer com os organismos de apoio ao acesso de materiais e recursos diversificados, para que se reunam as condições necessárias ao funcionamento básico da escola para estes indivíduos.

Posto isto, propomos como linhas futuras de investigação analisar se os professores estão preparados para, na escola, intervir na prevenção de comportamentos aditivos e de que forma os programas e os manuais escolares estão eficazmente elaborados para auxiliar nesta problemática.

Seria pertinente analisar as atitudes dos profissionais de saúde no acompanhamento das grávidas, no sentido de prevenir ou identificar situações de risco de SAF.

Capítulo 6

Referências bibliográficas

- Swissinfo.ch. (26 de 04 de 2007). Obtido em 27 de 08 de 2010, de Estudo Confirma Riscos do Consumo de Álcool durante a Gravidez:
http://www.swissinfo.ch/por/Estudo_confirma_riscos_do_consumo_de_alcool_durante_gravidez.html?cid=5853574
- e-drogas. (20 de 02 de 2009). Obtido em 05 de 07 de 2010, de Efeitos da Ingestão de Álcool no Feto: [//e-drogas.blogspot.com/2009/02/efeitos-da-ingestao-de-alcool-no-feto.html](http://e-drogas.blogspot.com/2009/02/efeitos-da-ingestao-de-alcool-no-feto.html)
- Aple, M. (1989). *Maestros Y Textos. Una Economía Política de las Relaciones de Clase y Sexo en Educación*. Barcelona: Piados-MES.
- Aragão, M. J., & Sacadura, R. (2002). *Guia Geral das Drogas: explicar o seu mecanismo e as suas consequências*. Lisboa: Terramar.
- Baker, B., & Brightman, A. (2009: 11). *Passos para a Autonomia: Ensinar Actividades diárias a Crianças com Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Barrias, J., Mello, M., & Breda, J. (2001). *Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- CISA. (2005). *Centro de Informações sobre Saúde e Álcool*. Obtido em 22 de 07 de 2010, de Efeitos do Álcool sobre o Feto:
<http://www.cisa.org.br/categoria.html?FhIdTexto=26fb240e08107fbce6f63078801c00f3&ret=&>
- Correia, J. A., & Matos, M. (2001). *Solidões e Solidariedades nos Quotidianos dos Professores*. Porto: Edições ASA.
- Cosme, A., & Trindade, R. (2002: 71). *Manual de Sobrevivência para Professores*. Porto: Edições ASA.
- Cruz, D. A. (2008). *Alcoolismo - Protocolo*. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal da Saúde: Obtido em 07 de 02 de 2012, de
http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/protocolo/prot_alcool.pdf.
- Dias, M. C., Vieira, S. A., & Neto, D. (2003). *Evolução do consumo de bebidas alcoólicas e de etanol em Portugal Continental: Dados dos Inquéritos Nacionais de Saúde 1987, 1996, 1999*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.
- Fabbri, C. E. (2002). *Desenvolvimento e Validação de Instrumento para Rastreamento do Uso Nocivo de Álcool Durante a Gravidez (T-ACE) (Tese de Mestrado publicada)*. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo.

- Fernandes, E. V. (1997). *Psicologia da Educação Escolar Moderna*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Fiorentin, C., & Vargas, F. (2006). O uso de álcool entre gestantes e os seus conhecimentos sobre os efeitos do álcool no feto. *SMAD, Revista Electrónica Saúde Mental álcool e Drogas (ed. port.)*, Vol.2.
- Ganeri, A. (2002). *Drogas: do êxtase à agonia*. Mem Martins: Publicações Europa América.
- Garcia, R., Rossi, N. F., & Giacheti, C. M. (Abril de 2007). Perfil de Habilidades de Comunicação de Dois Irmãos com a Síndrome Alcoólica Fetal. *CEFAC*, pp. 461-468.
- Gonçalves, A. (2008). *Álcool, Tabaco e Outras Drogas: Concepções de Professores e Alunos do Ensino Básico e Secundário e Análise de Programas e Manuais Escolares (Dissertação de Doutoramento publicada)*. Universidade do Minho, Portugal: Instituto de Estudos da Criança.
- Goodwin, D. (2000). *Alcoholism: The Facts*. New York: Oxford University Press.
- Grinfeld, H. (2005). *Consumo Nocivo de Álcool Durante a Gravidez*. Obtido a 21 de 07 de 2010, de <http://www.cisa.org.br/UserFiles/File/alcoolesuasconsequencias-pt-cap9.pdf>.
- Jacobson, S., & Jacobson, J. (2012). SAF/EAF e seu impacto sobre o desenvolvimento psicossocial da criança. *Tremblay RE, Noivin M, Peters RDeV, eds. Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância*, 1-8. Obtido em 08 de 02 de 2012, de <http://www.encyclopedia-crianca.com/documents/JacobsonPRTxp1.pdf>.
- Kerr-Corrêa, F., Torresan, R., Smaira, S. I., & Tiosso, A. M. (S/ data). *Síndrome Alcoólica Fetal*. São Paulo: Departamento de Neurologia e Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp.
- Laborit, H. (1992). *L'Esprit du Grenier*. Paris: Grasset.
- Lima, J. M. (2008). *Álcool e Gravidez - Síndrome Alcoólica Fetal - SAF: Tabaco e outras Drogas*. Rio de Janeiro: Medbook Editora Científica.
- Manz, B. (s/data). Obtido em 22 de 06 de 2010, de A Exposição do Feto ao Álcool Provoca Danos Irreversíveis: http://www.manz.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=219&Itemid=80
- Matias, L. (2007). Fumadores: Tabagismo é uma doença. *Farmácia e Saúde*, 135, 14-16.

- Mello, M., Barrias, J., & Breda, J. (2001). *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- MENESR, M. d. (2006). *Prévention des conduites adictives: Guide d'intervention en milieu scolaire*. Floence: Mozzon Giuntina.
- Mesquita, M. d., & Segre, C. A. (s.d.). *Síndrome Alcoólica Fetal*. Obtido em 07 de 02 de 2012: de http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=3164&fase=imprime.
- Ministério da Educação British Columbia. (1996). *Guia do Ministério da Educação British Columbia*. Obtido a 07 de 06 de 2010: de <http://www.bced.gov.bc.ca>.
- Nóvoa, A. e. (1992). *Vidas de Professores*. Porto: Port Editora.
- Nóvoa, A. e. (1995). *Profissão Professor*. Porto: Porto Editora.
- Peters, R. V., & McMahon, R. J. (1996). *Priventing Childhood Disorders, Substance Abuse and Delinquency*. London: SAGE Publications.
- Pietrantoni, M., & Kruppel, R. (1991). *Alcohol use in a Pregnancy*. Clin Perinatol.
- Pinho, P. J., Pinto, A. L., & Monteiro, V. (2006). Obtido em 02 de 07 de 2010, de Psicologia, Saúde & Doenças: www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v7n2/v7n2a09.pdf
- Reininger, B. (2003). Development of a youth survey to measure risk behaviours, attitudes and assets: examining multiple influences. *Health Education Research*, 461-476.
- Ribeiro, E., Ponte, F. E., & Araújo, B. (2010). A Síndrome Alcoólica Fetal em Contexto Escolar. *I Seminário Internacional: Contributos da Psicologia em Contextos Educativos* (pp. 238-251). Braga: Universidade do Minho. ISBN-978-972-8746-87-2. Obtido em 18 de 01 de 2012, de <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/3613/1/A%20S%C3%8DNDROME%20ALCO%C3%93LICA%20FETAL%20EM%20CONTEXTO%20ESCOLAR.pdf>.
- Richard, D., & Senon, J. L. (2005). *Dicionário das Drogas, das Toxicomanias e das Dependências*. Lisboa: Didáctica Editora.
- Riley, E. P. (02 de 2012). Prevenção, Intervenções e Serviços de Apoio. Comentários sobre Burd e Juelson Coles, e O'Malley e Streissguth. *Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância (on-line)*, 1-7.
- Rodrigues, V. (2003). *Hábitos de saúde e comportamentos de risco em estudantes do ensino básico/secundário: estudo da eficácia de um programa de intervenção. Tese de Doutoramento*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

- Rodrigues, V. (2006). *Implementação de um Programa Educacional de Intervenção e os seus Contributos para a Diminuição dos Comportamentos de Risco em Jovens Adolescentes*. Braga: AISO, ICS e NES.
- S/autor. (23 de 05 de 2006). Obtido em 05 de 08 de 2010, de Estudo Confirma Riscos do Consumo de Álcool Durante a Gravidez:
www.swissinfo.ch/por/Estudo_confirma_riscos_do_consumo_de_alcool_durante_gravidez.html?cid=5853574
- S/autor. (2008). *Fichas Sobre Drogas - Álcool*. Obtido em 22 de 07 de 2010, de
www.psicologia.com.pt/instrumentos/drogas/ver_ficha.php?cod=alcool
- S/autor. (S/data). *Fichas Sobre Drogas - Álcool*.
- Sakara, S., & Sussman, S. (2003). A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluations. *Preventive Medicine*, 37, 451-474.
- Silva, A. N. (2007). *Famílias Especiais: Resiliência e deficiência mental (Dissertação de Mestrado não publicada)*. Faculdade de Educação, Porto Alegre, Brasil.
- Sousa, M. S. (2000). *O Professor como Pessoa*. Porto: Edições ASA.
- Stacy, S., Colwell, B., Smith, D., Robison, J., & McMillan, C. (2005). An exploration of self-reported negative affect by adolescents as a reason for smoking. Implications for tobacco prevention and interventions programs. *Preventive Medicine*, 42, 589-596.
- Steinmetz, G. (26 de 11 de 1990). *Síndrome do Alcoolismo Fetal: a tragédia que pode ser evitada*. Obtido em 2010 de 09 de 15, de
<http://www.taps.org.br/Paginas/smentalartigo03.html>
- Tango.com, D. (2000). *Síndrome Alcoólica Fetal*. Obtido em 03 de 07 de 2010, de Enciclopédia Ilustrada de Saúde:
<http://adam.sertaoggi.com.br/encyclopedia/ency/article/000911.htm>
- Tapert, S. F., Ph.D., Caldwell, L., & Burke, C. M. (s.d.). Alcohol and the Adolescent Brain. *Human Studies*.
- Wikipédia. (s.d.). *Síndrome Alcoólica Fetal*. Obtido em 01 de 09 de 2010, de Wikipédia:
<http://adam.sertaoggi.com.br/encyclopedia/ency/article/002002.htm>

Capítulo 7

Anexos

Anexo A

O presente questionário realiza-se no âmbito do **Mestrado em Ciências da Educação – Educação Especial: Domínio Cognitivo e Motor**, ministrado pela Escola Superior de Educação João de Deus. Tem como objectivo conhecer as atitudes dos professores face à Síndrome Alcoólica Fetal.

Desde já lhe é assegurada a total confidencialidade e anonimato das respostas.

Agradeço a sua colaboração, que é imprescindível para o êxito deste trabalho, pedindo a total sinceridade e objectividade nas respostas.

Obrigado pela sua colaboração.

1. Sexo

Feminino	
Masculino	

2. Idade

≤30 anos	
31-40 anos	
41-50 anos	
≥51 anos	

3. Nível de ensino

1º CEB	
2º CEB	
3º CEB e SEC	

4. Que disciplina(s) lecciona:

--

5. Habilitações académicas:

Bacharelato	
Licenciatura	
Mestrado	
Doutoramento	
Outra	

6. Tempo de Serviço

≤ 5 anos	
6-10 anos	
11-20 anos	
≥21 anos	

6.1. Tempo de serviço na Educação Especial:

7. Sinalize a opção que lhe diz respeito quanto ao meio onde leccionou

a) Leccionou só em meio rural.....

b) Leccionou só em meio urbano

c) Leccionou em meio rural e em meio urbano

☐
☐☐

8. No presente ano lectivo está a trabalhar com alunos com Síndrome Alcoólica Fetal (SAF)?

Sim	Não
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Já trabalhou anteriormente com alunos com SAF?

Sim	Não
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.1. Se respondeu SIM a qualquer uma das questões 15 e 16, responda, por favor, às alíneas a), b) e c). Se respondeu NÃO a ambas as questões passe para a alínea d).

a) Registe o número de alunos com SAF com os quais já trabalhou _____

b) Indique durante quanto tempo (anos) trabalhou com alunos com SAF _____

- d) Indique, das formas de participação na aula que se seguem, a que mais utilizou com esses alunos:

Participação sem limitações	
Participação somente em algumas actividades	
Participação em todas as actividades, com adaptações	
Dispensa ocasional da aula	
Dispensa permanente da aula, por apresentação de atestado médico	
Outra(s) forma(s) não indicada(s)	

- d) Indique qual a razão (apenas uma) pela qual não trabalha ou não trabalhou com alunos com SAF:

Falta de oportunidade	
Falta de habilitações	
Falta de alunos com SAF na escola	
Falta de motivação	
Outra(s)	

10. Em cada uma das frases que se seguem, coloque uma cruz no quadrado que melhor se identifica com o grau de concordância ou discordância relativamente ao que pensa sobre os alunos com Síndrome Alcoólica Fetal (SAF). Use a seguinte escala: 1- Completamente em desacordo 2- Moderadamente em desacordo 3- Não concordo nem discordo 4- Moderadamente de acordo 5- Completamente de acordo.

	1	2	3	4	5
Penso que a SAF se deve a consumo de álcool por parte da mãe durante a gravidez e amamentação					
Penso que um aluno com SAF tem dificuldade em completar tarefas					
Penso que um aluno com SAF pode apresentar dificuldade na fala e na comunicação					
Penso que o desempenho escolar do aluno com SAF é pobre.					
Penso que a SAF pode caracterizar-se fisicamente por malformações no corpo, nos órgãos internos e em parte dos sentidos e representa risco de morte					
Penso que os alunos com SAF beneficiarão da interacção proporcionada pela inclusão numa sala regular					
Penso que os alunos sem SAF beneficiarão com a integração de alunos com SAF nas suas turmas					
Penso que os alunos com SAF devem beneficiar de uma diferenciação pedagógica, ainda que incluídos no grupo-turma					
Penso que os alunos com SAF são socialmente aceites pelos seus pares sem SAF					
Penso que os alunos com SAF são humilhados na sala de aula por parte dos colegas sem SAF					

11. Em cada uma das frases que se seguem, coloque uma cruz no quadrado que melhor se identifica com o grau de concordância ou discordância relativamente às mesmas.

	1	2	3	4	5
Penso que os meus conhecimentos são suficientes para lidar com as necessidades educativas dos alunos com SAF					
Penso que sou capaz de remediar os défices de aprendizagem dos alunos com SAF					
Penso que sou capaz de controlar o comportamento de alunos com SAF					
Gosto de ter alunos com SAF na minha aula					
Penso que os materiais didácticos adequados são acessíveis para eu poder ensinar alunos com SAF					
Penso que os serviços adequados estão disponíveis para me apoiar					
Penso que, na escola, o orçamento é suficiente para obter materiais de apoio para planificar e trabalhar com alunos com SAF					
Pretendo frequentar acções de formação para alargar os meus conhecimentos acerca da educação de alunos com SAF					